N° D'ORDRE
215

ANNÉE 1960

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1960

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Monsieur Alain ROULLET

né le 9 Avril 1933 à LYON (Rhône)

RÉSULTATS LOINTAINS DE L'EXPÉRIENCE PSYCHOCHIRURGICALE D'UN SERVICE PSYCHIATRIQUE

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR REQUET

Hôpital Psychiatrique du Vinatier

N° D'ORDRE
215

ANNÉE 1960

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1960

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Monsieur Alain ROULLET

né le 9 Avril 1933 à LYON (Rhône)

RÉSULTATS LOINTAINS
DE
L'EXPÉRIENCE PSYCHOCHIRURGICALE
D'UN SERVICE PSYCHIATRIQUE

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR REQUET

Hôpital Psychiatrique du Vinatier

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

M.J.LEPINE : Doyen Honoraire

M.H.HERMANN : Doyen correspondant de l'Institut

M.M.LEVRAT : Assesseur

Professeurs honoraires

MM.COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

MM.HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique & d'hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique & prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique chirurgie orthopédique et de chirurgie infantil
REVOL	Pharmacie galénique et matière médicale
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
DUCLOS	Clinique stomatologique
BERNHEIM	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er.âge
JOURDAN	Biologie médicale et pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie et Pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique Oto-rhino-laryngologique
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique

MM.	THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphique et allergologique
	BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
	CREYSSEL Jean	Clinique de traumatologie des membres
	DARGENT	Cancérologie
	GUICHARD	Anatomie pathologique
	GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie médicale
	GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
	KEHL	Histologie
	PAPILLON	Radiologie
	X...	Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
	X...	Hydrologie thérapeutique, climatologie & écologie sociale

Professeurs à titre personnel

BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
DORCHE	Technologie pharmaceutique

Professeurs titulaires sans chaire

BANSILLON	Obstétrique
ROMAN	Parasitologie
BERTOYE	Bactériologie
CIER J.François	Physiologie
CHATONNET	Physiologie
CIER André	Pharmacie et pharmacologie
PERROT Louis	Chimie organique et toxicologie

Maîtres de Conférences-Agrégés

FEROLDI	Anatomie pathologique
CREYSSEL Roger	Chimie biologique et médicale
DUROUX Emile	Anatomie
BRETTE René	Thérapeutique
DUMONT Louis Prosper	Histologie
THIVOLET Jean	Hygiène
GARIN J-Paul	Parasitologie
MORET Robert	Physique
ODDOUX Lucien	Botanique et cryptogamie

Agrégés en exercice

MM. LECUIRE	chargé d'enseignement	Neuro-chirurgie
GONIN André	d°	Cardiologie
MATHIEU Jacques		Obstétrique
MARION Joseph		Orthopédie
PONT Maurice	d°	Propédeutique médicale
VIGNON Georges	d°	Pathologie médicale
REVOL Louis	d°	Pathologie médicale
JAUBERT de BEAUJEU	d°	Pathologie chirurgicale
TRAEGER Jules	d°	Médecine générale
GUILLEMIN Georges	d°	Pathologie chirurgicale
BURTHIAULT René	d°	Obstétrique
FRANCOIS René	d°	Pédiatrie, Puériculture
GUINET Paul		Médecine générale
SAUTOT Jean		Pathologie chirurgicale
MARION Pierre		Chirurgie générale
MICHAUD Pierre		Chirurgie générale
MONNET Paul		Maladies infectieuses
GIGNOUX Marcel		O.R.L.
FREIDEL Charles		Stomatologie
PLAUCHU Marcel		Médecine générale
DEVIC Michel	d°	Pathologie médicale
COLIN Marcel	d°	Médecine légale
GUYOTAT Jean	d°	Neurologie
DUMONT Martial	d°	Obstétrique
DURAND Louis Noël	d°	Urologie
FRANCILLON Jacques	d°	Chirurgie générale
DESPIERRES Charles		Médecine générale
De MOURGUES Georges		Chirurgie générale
SAUBIER Eugène		Chirurgie générale
COLOMB Daniel		Dermatologie
TOLOT François		Médecine du Travail
SCHOTT Bernard		Neurologie Psychiatrie
BONAMOUR Georges		Ophtalmologie

Examinateurs de la Thèse

Président du Jury : Monsieur le Professeur WERTHEIMER

Membres du Jury : Monsieur le Professeur DECHAUME
Monsieur le Professeur REVOL
Monsieur le Professeur agrégé GUYOTAT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550014_0044

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS CHRISTOPHE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WERTHEIMER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Nous avons été très touchés qu'il veuille bien nous confier un travail qui lui tenait à coeur.

Nous le prions d'agréer le témoignage de notre respectueuse gratitude

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Professeur de Clinique Neuropsychiatrique et d'Hygiène Mentale.

Interne dans son Service, nous avons apprécié son accueil bienveillant ainsi que la haute valeur humaine et médicale de son enseignement.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR REVOL

Professeur de Pharmacie Galénique et matière médicale.

De fréquentes conversations nous ont permis de connaître sa grande bonté et sa profonde culture.

Nous le remercions d'avoir bien voulu être membre de notre Jury.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUYOTAT

Nous profitons journellement de son enseignement clair et lucide, de la richesse de sa culture psychiatrique.

Nous lui en exprimons notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REQUET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Ce travail voudrait être un pâle reflet de sa pensée. Ses qualités d'homme et de médecin ont forcé notre admiration et notre dévouement dont nous le prions de trouver ici le témoignage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Son enseignement fut pour nous un enrichissement continuel et un perpétuel effort d'ascèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MESTRALLET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Il nous encouragea dans nos aspirations psychiatriques.

Nous tenons à le remercier de la grande bienveillance dont il fit toujours preuve à notre égard.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VERMOREL

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

qui supporta nos balbutiements psychiatriques.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

Monsieur le Docteur BEAUJARD

Monsieur le Docteur BERTHIER

Monsieur le Docteur ACHAINTRE

Monsieur le Docteur BROUSSOLLE

Monsieur le Docteur BECACHE

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT DE L'Hôpital du Vinatier

A Mademoiselle BARRAUD, Assistante Sociale.

A Mademoiselle ROSSIGNEUX, Secrétaire.

"... Après avoir vu plusieurs médecins célèbres blâmés avec raison pour la conduite qu'ils avaient tenue, soit en soignant, soit en prescrivant des bains, des purgatifs, du vin ou de l'eau froide (qui devinrent nuisibles)... je compris que je devais désormais prendre toutes mes mesures pour calculer d'avance non seulement quel soulagement le malade pourrait en retirer si le remède atteignait son but, mais quel dommage il pourrait en souffrir s'il le manquait. "

Galien (IV°Siècle avant Jésus-Christ) (LXXIII)

"L'histoire de la thérapeutique en psychiatrie a oscillé sans cesse entre deux tendances : la première consiste à appliquer des thérapeutiques toutes faites aux divers malades mentaux sans égard aux particularités individuelles de leur état morbide.

On imagine ainsi une série de méthodes que l'on applique automatiquement sans connaissance profonde du malade.

La seconde consiste à considérer la thérapeutique non comme un simple arsenal d'armes toutes faites, mais comme la conclusion de l'examen de chaque malade, de la recherche des causes de sa maladie et de l'établissement d'un traitement rationnel et adapté destiné à combattre ces causes pathologiques ou à remédier aux désordres psychophysiologiques connus et identifiés "

H.Haruk (1953) (XVI)

PREFACE

VARIATIONS SUR LE THEME HIPPOCRATIQUE

La comparaison de ces deux textes, séparés pourtant l'un de l'autre par des milliers d'années, est d'un intérêt assez exceptionnel, car elle permet de saisir, à l'occasion du sujet qui nous occupe, la différence profonde qui transparaît sous l'apparence de la similitude, entre la pensée médicale antique et celle d'aujourd'hui.

L'un, le médecin de Pergame, pour le traitement de ses malades physiques, n'envisage comme moyens et protocole de cure, que ce qui peut les soulager et ne peut pas leur nuire, c'est-à-dire avant tout l'atténuation du symptôme. Il semble, d'après les textes, que, dans sa prudente casuistique, la médecine d'Hippocrate voulu orienter sa principale préoccupation vers le bien et le mieux-être de son malade, aux dépens même parfois de ce qu'elle croyait pouvoir être la vérité détenue par le savoir. C'est que cette vérité, que nous appellerions scientifique, n'avait à cette époque ni la même primauté, ni les mêmes impératifs méthodologiques qu'elle en a de nos jours et que le médecin d'alors, passant outre le déterminisme externe de la maladie, faisait confiance avant tout à la dynamique subjective et situationnelle du malade. "Le médecin ne voit que l'extérieur, la nature elle-même se sent de l'intérieur ", dira Descartes, prenant ainsi à son compte l'héritage gallénique. D'où le souci prééminent des médecins de l'antiquité de soulager avant tout le malade, d'atténuer sa souffrance, c'est-à-dire le symptôme. Sous ce rapport la médecine hippocratique peut résolument être définie comme une médecine symptômatique avec tout le souci de la situation subjective particulière du malade, de ses rapports avec son milieu et son médecin, de son confort moral et physique pouvant aller jusqu'au raffinement. Mais s'il semble que le déterminisme rationnel ne joue qu'un rôle subsidiaire et mal spécifié dans la médecine antique, par contre le temps, sous la forme d'un déroulement historique de la maladie particulière et d'un véritable calendrier des soins, semble occuper en revanche une place d'anticipation dont la valeur curative et le sens tiennent dans la biographie et l'attitude subjective et coopérative du malade. "Le temps renferme l'occasion", disait Hippocrate, prenant ainsi une véritable option sur l'avenir de son patient, auquel

il faisait et donnait confiance, en investissant ainsi ses forces dans un futur qu'il annonçait. Rappelons-nous à ce sujet, la question universelle que nous posent de plus en plus nos malades comme une véritable obsession : "Cà va durer combien de temps ?"

Tandis que le psychiatre d'aujourd'hui, s'occupant des maladies mentales, c'est-à-dire hautement subjectives et situationnelles, est obligé, sous le couvert d'une personnalisation thérapeutique exemplaire, de recourir cependant à une profession de foi déterministe et causale, mettant ainsi en marche toute une série d'examens et de cures anonymes et chosistes, dont la caractéristique appartient à la nature même de notre science et la multiplicité de ses tâches, de ses techniques et de ses exécutants. Jamais, peut-être, on aura été aussi loin de la médecine d'Hippocrate et de sa persuasion subjective, car jamais, peut-être, il n'aura été plus difficile d'établir un compromis entre le "dedans de la nature" et l'appareil écrasant des techniques. Le résultat est une coopération de plus en plus lointaine et litigieuse entre le malade et des médications, qu'il subit sans y croire : il suffit de penser aux milliers de comprimés jetés simplement aux ordures par nos malades pour nous convaincre que nous avons définitivement rompu avec l'art d'Hippocrate. Mais, fait étrange, peut-être pas avec ses résultats : car, par un mystérieux retour des choses, ces techniques impersonnelles à prétentions causales ont comme meilleur effet l'affaiblissement du symptôme. Nos drogues d'aujourd'hui semblent guérir de moins en moins, puisque la rechute est le problème actuel de la vie psychiatrique, mais elles soulagent le malade en stérilisant sa symptômatologie, ce qui est bien tout de même quelque chose d'important et de valable, car la nature après tout peut encore faire le reste.

Mais dans cette aventure qu'. est venue faire la psycho-chirurgie ? Tout simplement apporter une solution originale et efficace, puisqu'aussi bien la chirurgie était pratiquement inconnue des anciens. L'immense émotion qu'elle suscita autour d'elle en s'attaquant au "siège de l'âme", cachait en réalité la crainte inavouable de la voir réussir et déférer ainsi à l'homme moderne le rôle bouleversant mais scandaleux des apprentis sorciers. Mais, chose curieuse, elle n'a ni réussi, ni échoué. Si certaines guérisons psychiatriques post-opératoires sont parmi les plus belles qu'il y ait au monde, leur nombre n'en a jamais été consi-

dérable et le bilan thérapeutique final n'est ni meilleur, ni pire qu'avec les autres techniques, avec en plus la rançon inévitable du risque opératoire. Du moins ce bilan laisse-t-il encore un espoir dans les cas difficiles ; et du moins laisse-t-il augurer dans les autres, en outre des brillants succès, de l'absence complète de nocivité évolutive après l'acte psycho-chirurgical. C'est que pratiquée dans des conditions toujours identiques de choix, de prudence et de soins, par le même psychiatre, le même chirurgien et le même personnel, la lobotomie des 34 malades que nous rapportons s'est éloignée résolument de l'aventure et rapprochée au contraire étonnement de l'idéal d'Hippocrate, par l'individualisation maximale de la séquence thérapeutique en milieu d'hôpital et par le pouvoir de l'instance curatrice, dont la médecine antique faisait un des principaux facteurs de la sujetion du malade et de sa coopération. C'est la relation très honnête de l'ensemble de ces résultats que s'efforce de faire ce modeste mais objectif et scrupuleux travail, dont la lecture ne laissera d'ailleurs pas de donner des surprises.

Parler de psycho-chirurgie c'est évoquer un thème lourd de significations, car il nous confronte au maximum avec le problème de la guérison psychiatrique. Disons que ce problème reste encore pour le moment entier et que sa solution n'appartient ni à la médecine, ni à la chirurgie, ni à la psychothérapie. Peut-être appartient-elle à un ensemble de plusieurs disciplines combinées à des aménagements sociaux divers et nuancés : c'est l'hypothèse qui se fait jour au long de ce travail. Mais peut-être aussi que le problème psychiatrique, pour être saisi dans sa signification, aura-t-il besoin d'un mode de pensée absolument original et de méthodes imprévisibles ; mais peut-être enfin n'est-il en définitive qu'une ombre obligatoire de l'humanité, qui s'étendra aussi loin et aussi longtemps qu'elle et dont nous pouvons dire, en paraphrasant un célèbre homme d'état anglais "qu'elle ferait juger d'une civilisation par la façon dont elle serait traitée".

Dr.A.Requet.

HISTORIQUE

Il est bon, parfois, de se pencher sur son passé, de faire le bilan de notre activité.

C'est pourquoi il nous a semblé nécessaire de replacer le "phénomène neurochirurgie" dans son cadre historique : car, que l'on soit pour ou contre, la psychochirurgie est un "Fait" et, considérée avec le recul nécessaire, elle apparaît comme une "Nécessité", amenée qu'elle était par une dynamique particulière, un mouvement dialectique propre.

Nous pensons que ce n'est pas le hasard qui poussa un homme à tenter cette opération, que ce n'est pas le hasard qui poussa un autre homme à l'en blâmer.

Ce malaise fut ressenti pour toute thérapeutique psychiatrique, c'est le malaise du psychiatre devant la maladie mentale, du médecin devant la maladie "Le débat de conscience du médecin reflète la situation tragique de l'aliéné" disait La Raison (N°5).

Quand les deux premiers médecins furent appelés à traiter le premier malade, l'un soigna le corps, l'autre l'esprit.

Un seul sut conjuguer harmonieusement le corps et l'esprit : on fit d'Hippocrate un Dieu, fils de Dieu.

Le traitement de la folie de PERDICCAS, fils d'Alexandre le Riche, constitue un chef d'oeuvre :

"Le jeune roi souffrait depuis trois ans d'un "mal profond de l'âme" à accès nocturnes. Aucun médecin avant Hippocrate n'avait pu dépister la cause du mal et le guérir. Le médecin de Cos demanda à le voir et à l'observer pendant longtemps. Il analysa ses tics, ses cris d'angoisse survenant au milieu de la nuit, ses faux pas de mémoire et ses troubles de la volonté. Il nota son indifférence sexuelle et il analysa minutieusement tous ses songes. Il fut frappé par la présence fréquente dans les rêves "d'une lance fichée dans le sol et qui oscillait chaque fois que son père mort s'approchait" Hippocrate devina le conflit

intérieur. Il confessa son jeune malade. Il utilisa, pour obtenir des aveux, le test des émotions graduées et dosées, et il essaya de faire revivre les évènements les plus importants de son enfance. Après de nombreuses expériences et des protestations de la part du jeune roi, il précisa le conflit sexuel : l'amour de Perdicaas pour sa belle-mère, amie d'enfance. Il guérit son mal en lui conseillant le mariage avec la femme aimée qui, heureusement était veuve depuis trois ans " (CVI)

Seul manque le divan psychanalytique !

Et ceci se passait en l'an 428 avant Jésus-Christ. Dans le même temps, les prêtres d'Apollon, après avoir attaché leurs patients à des oiseaux leur servant de parachutes, les précipitaient dans la mer (XXXV)

Le développement ultérieur de la psychiatrie ne fit que rendre plus évident le dualisme fondamental opposant thérapeutique physique à thérapeutique morale, de même que soma s'oppose à psyché (I).

L'évolution de la thérapeutique physique fait partie de la petite histoire de la psychiatrie marquée par les grandes étapes que furent la saignée, les cautères, la rotation (1795), le "bain surprise"(1827), la douche, le bain prolongé ; la pyrétothérapie de Wagner von Jauregg (1917) marque le début de l'ère moderne, suivie de l'insulinothérapie (1934) et de la convulsivothérapie (1937).

Comme on le voir le point d'impact de ces différentes techniques devenait de plus en plus précis, se rapprochant du cerveau où la théorie localisait le siège du trouble somatique caractérisant la folie.

La "tentation chirurgicale" dont parle Sivadon trouva alors à s'employer: tout d'abord sur le mode de la pensée magique (les trépanations de l'homme des cavernes, trépanations de Shaw et Rey (1891) dans la paralysie générale, de

Burgkhardt (Congrès de Berlin 1890) (XXXIV), de Mac Eherson (Congrès de Dublin 1891) dans la schizophrénie).

Il s'agissait là d'un acte "magique" conçu dans un contexte surnaturel, s'appuyant sur l'idée ancestrale qui plaçait dans le cerveau le siège de l'âme et supputant que toute action sur le cerveau viendrait détruire l'équilibre des forces mauvaises qui entraînent l'agressivité.

La tentative d'Egaz Moniz en 1936 s'appuyait sur une conception neurophysiologique, certes encore hypothétique, mais rationnelle et scientifiquement étudiée. Est-ce à dire qu'elle échappait tout à fait au mode de pensée "magique" ?

Son essor fut, on le sait, extraordinairement rapide et étendu : la lobotomie semblait répondre à ce vieux désir de l'homme de pouvoir dominer les forces inconscientes qu'il sent bouillonner en lui et autour de lui. Elle s'inscrivait dans le cadre d'une véritable organogenèse: c'était Promethée dévorant le vautour.

Parallèlement, la psychothérapie restait très élémentaire. La leçon d'Hippocrate fut oubliée. Un grand trou noir la sépare de la publication des "Médications Psychologiques" de P.Janet (LXXVIII) puis de l'hypnotisme. Ce furent les travaux de Freud qui apportèrent la clef qui permit de développer l'étude du mécanisme psychogénétique de la maladie mentale. Disposant enfin de moyens valables, les médecins purent développer la psychothérapie en tant qu'arme thérapeutique efficace. Il s'agissait là d'un véritable renversement des valeurs, d'une individualisation de la maladie psychiatrique en tant que telle, maladie non assimilable à une maladie somatique, maladie originale nécessitant une thérapeutique originale.

Un troisième courant se dessinait enfin, courant sociothérapique, marqué par la loi de 1838, puis l'open-door de Conolly (1891), l'ergothérapie d'Hermann Simon (1929). Là aussi, le mouvement s'accélérait, les progrès devenaient de plus en plus importants.

Partagé entre ces trois courants de pensée, entraînant chacun une attitude différente, le psychiatre choisissait en fonction d'une multitude de facteurs, dont certains essentiellement personnels et psychologiques.

La guerre de 1939-1945 fut suivie d'une formidable poussée dans tous les domaines qui atteignit même la psychiatrie.

C'est alors qu'apparut en France, en 1947, la psychochirurgie. Proposant brutalement la guérison de la maladie mentale par un acte le plus souvent impersonnel, elle obligea le médecin à réaliser clairement le problème.

- La maladie mentale est-elle un trouble organique, électrique ou humoral et, comme tel, guérissable par somato-thérapie ?
- Est-ce un trouble psychologique guérissable par psychothérapie ?
- Est-ce un trouble du rapport entre l'homme et la société et faut-il porter l'accent sur la sociothérapie ?

Nous ne voudrions pas simplifier à l'excès, car, bien sûr, toute thérapeutique psychiatrique participe de ces trois tendances, mais il semble bien que la lobotomie força beaucoup de médecins à un choix qu'ils avaient pu jusqu'alors éviter, à un "engagement" pris en fonction de considérations parfois personnelles, d'où le ton passionné des débats.

" Le dogme, voire la superstition, qui veut que les causes physiques soient seules valables, ferme au psychiatre l'accès de la psyché de son patient et l'incite aux interventions les plus téméraires et les plus lourdes de conséquences dans le plus fragile des organes " déclarait : C.G.Jung.

" La lobotomie n'est que la conséquence du premier geste d'incompréhension à l'égard du malade, elle succède à la première camisole, elle est la camisole intégrale, en ce qu'elle permet de se satisfaire d'avoir rendu à la société un être sans initiative et par là sans danger..... Dans la situation concrète qui est aujourd'hui la sienne, le psychiatre n'a pas une libertée réelle, il est contraint de recourir à la psycho-chirurgie."
(La Raison N°5)

Pour Sivadon (CXXII), "la tentation d'une intervention chirurgicale vient souvent de notre sentiment d'impuissance devant un symptôme rebelle à notre arsenal thérapeutique habituel. Que faire lorsque l'Electro-choc et l'Insuline ont échoué ? Cette tentation nait aussi parfois de notre impatience à voir se résoudre comme par miracle un trouble qui plonge ses racines dans une évolution personnelle longuement perturbée. Son excuse est trop souvent la pénurie des psychiatres, l'encombrement des services, l'indigence des techniques de réadaptation fonctionnelle, et, de ce fait, l'impossibilité regrettable d'une application large et persévérante de méthodes non mutilantes".

Que reprochait-on en somme à la Psycho-chirurgie ?

- Son caractère dangereux : la mortalité, quoique relativement faible, n'en a pas moins frappé les observateurs, conscients de la disproportion entre une maladie ne mettant pas les jours en danger et une opération au risque vital certain.

- Son caractère aveugle : effaçant la nécessité du contact médecin-malade ou plutôt le plaçant sur un plan sado-masochiste, empêchant, pensait-on, la réadaptation ultérieure du malade mental.

- Ses résultats incertains exposant dans tous les cas le malade à une infirmité supplémentaire :"remplacer une maladie fonctionnelle réversible en une maladie organique irréversible". (Pr.F.Morel) (CXXXV). On décrivit l'Epilepsie secondaire et, surtout, on insista sur la mutilation de la personnalité.

C'est afin de nous faire une idée personnelle sur cette technique originale que nous avons entrepris cette étude.

Nous n'avons pas voulu nous livrer à une vaste enquête statistique, car nous avons pensé que d'une part elle avait été déjà faite, sur plus de 3.000 malades, soit par Freeman (LXIX), soit par le Board of Control (XXIII et CXXIII) et que d'autre part le problème des différences de diagnostic interviendrait trop fortement.

Il nous a donc paru intéressant de nous limiter aux seuls malades suivis par le Docteur Requet, dans son service de l'Hôpital du Vinatier, et opérés par le Professeur Wertheimer à l'Hôpital Edouard-Herriot. Dans ces conditions se trouvent éliminées de nombreuses variables qui risquaient de rendre incertains les résultats globaux.

Nous avons pu retrouver tous les malades lobotomisés avec un recul tel que l'on puisse admettre le résultat comme certain. C'est donc le bilan de l'activité psycho-chirurgicale d'un service psychiatrique (comprenant un service libre et un service fermé) que nous présentons ci-après.

Il est intéressant de constater qu'il s'agit pour la plus grande part de schizophrènes et de maniaco-dépressifs. La nécessité d'une telle opération, en fonction de la personnalité du médecin et de son service, ne s'est donc pas fait sentir dans d'autres cas, nous pensons spécialement à la psycho-névrose obsessionnelle.

Cela s'explique sans doute par le fait que tous ces malades n'ont été opérés qu'en fonction d'un seul critère : l'anxiété, la peur extrême sous-tendant des troubles du comportement extrêmement graves, le plus souvent, résistant à toute thérapeutique antérieure. Treize ans après, les infirmiers se rappellent encore certains de ces malades comme des plus dangereux qu'ils aient jamais vus, présentant une agressivité telle, résistant à toutes les thérapeutiques que tout contact était pratiquement impossible.

C'est sur ce point d'ailleurs que nous devons insister. La lobotomie fut souvent la conséquence inéluctable d'un état de fait : pour de multiples raisons, le malade et le service se trouvaient en opposition, dans une optique où seuls intervenaient des rapports faussés : l'attitude du malade induisant une attitude de force chez le médecin et inversement. Il s'agissait là d'une impasse. La lobotomie, poussant à l'extrême ce rapport de force, permit de le dépasser et de sortir de l'impasse.

Enfin, afin que le groupe soit aussi homogène que possible, nous n'avons pas cru devoir y inclure d'observations de malades femmes :nous y avons perdu en quantité, mais gagné en précision : en effet la psychiatrie des malades femmes pose des problèmes différents du point de vue social et psychologique qui viennent rendre plus difficile l'appréciation des résultats.

Nous présentons donc 34 observations de malades hommes, opérés entre le 21 Juillet 1947 et le 6 Octobre 1952.

Le classement en est purement chronologique.

Nos 34 malades se divisaient en

- Schizophrènes : 25 dont (18 Hébéphrènes Catatoniques
  6 Paranoïdes
  1 Schizo Manie
- Cyclothymes : 5
- Arriérés : 2
- Pervers : 1
- Obsession-Impulsion : 1

Nous nous excusons de la longueur de chaque observation, mais nous pensons qu'il est difficile de relater en trois lignes ce que fut la vie d'un schizophrène, quelle dynamique interne au malade et au service entraîne l'opération et ses suites.

La partie de l'observation antérieure à la lobotomie, avait été rédigée à cé moment là, par le Docteur Requet lui-même. Nous n'y avons rien changé qui puisse valoriser un succès, ou atténuer notre responsabilité.

Dans tous les cas où cela nous fut possible, nous avons fait pratiquer un examen psychologique comprenant un test de niveau (Wechsler-Bellevue) et un test de projection (Rorschach). Nous tenons à remercier Madame Roussot qui a bien voulu se charger de cet important travail.

De même nous avons demandé au Docteur Jouvet de bien vouloir se charger de l'enquête électroencéphalographique. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre gratitude.

Ce sont donc des observations aussi complètes que possible que nous avons voulu ajouter au dossier déjà chargé de la lobotomie.

- Obs.n°1 - SIM... Roger, né le 16 Juin 1923, Célibataire, sans profession.

Hébéphréno-Catatonie.

Admis à l'Hôpital du Vinatier le 14 décembre 1946, venant du Service ouvert avec le diagnostic d'hébéphréno-catatonie.

Renseignements par la mère : pas d'hérédité , parents divorcés depuis 1939, 2 enfants dont la mère s'occupe.

Le jeune homme s'est engagé dans la marine en 1941 (Octobre). Après un stage de 6 mois nommé canonnier de 1ère classe et part en 1942 pour les colonies à bord du "Suffren". Au bout de 9 mois, début des troubles mentaux : au cours d'une visite de la ville de Pernambouc, il fait une crise chez le coiffeur et au restaurant, se plaignant

qu'on le regardait de travers et voulant se battre. Ramené à bord par la patrouille et mis à l'infirmerie du bâteau où il passe plusieurs semaines, il est envoyé ensuite à l'Hôpital Psychiatrique de Ber-Echid où il reste un an. Traitements par chocs. Rapatrié à Toulon en Mars 1945, il reconnaît sa mère et pleure. Placé alors à l'Asile de Pierrefeu de Juin à Septembre 1945 : dix séances d'électrochocs - grande amélioration. Transféré à ce moment à l'asile de Saint-Egrève. Permission de 15 jours chez lui, qui doit être interrompue par une crise d'agitation qui le ramène à l'Asile. Quelques séances d'électrochocs puis il est transféré à Lyon.

Depuis l'admission on constate : narcissisme intense ; est nu sur son lit et se masturbe plusieurs fois par jour (mange son sperme). Etat d'insécurité permanent : traqué, aux aguets et dès qu'on s'approche, attaque - Gâtisme et barbouillage - Très préoccupé par le divorce de ses parents : il pense qu'il est ici pour provoquer leur réconci - liation.

Du 17 janvier au 17 mai 1947, traitement insulinique associé à chocs convulsifs au cardiazol. A reçu ainsi en 104 jours de traitement 11.840 unités d'Insuline, avec 55 comas et 23 chocs.

Traitement très bien supporté. A la suite, il y a une amélioration assez considérable avec bonne réadaptation, propos lucides, calme et docilité. Demande à retourner auprès de son père pour travailler avec lui. Quelques idées de grandeur sous forme de lieux communs collectifs et infantiles. N'est plus traqué.

Cette amélioration n'a duré qu'un certain temps. Elle a fait place assez rapidement à une agitation joyeuse, exubérante, gamine, très motrice. Puis le comportement d'insécurité a repris et c'est à l'heure actuelle le même tableau qu'au début : agressif, masturbateur et destructeur ; même apparition de comportements anaux. Amaigrissement.

Le 21 Juillet 1947 : lobotomie bilatérale par section. Aspiration et injection de Lipiodol . Coma de 4 jours.

Pendant le mois qui suit l'opération, comportement docile, voire suggestible. Incontinence persistante avec masturbation, - Echomimie, écholalie, euphorie. - ? Réponses au Rorschach.

C'est à partir de ce niveau lamentable que le malade va reconstruire son Moi.

En effet sa mère le trouvant mieux, le reprend avec elle à Grenoble le 22 Septembre 1947.

Voici les grandes étapes de sa recosialisation :

- Enurésie jusqu'en Novembre 1947 (soit 4 mois après l'intervention).
- Essai de travail (ajustage) en Décembre 1947.
- Mars 1948 : entre à l'atelier-école Merlin-Gerin.
- Des actes anti-sociaux se sont produits pendant une période de 15 mois : crises d'agitations violentes avec agressivité essentiellement dirigée contre son père.
  Le 1er.Octobre 1948 une fugue à Paris clôt la série.

- Depuis la resocialisation a été progressive:
  Marié en 1949 avec une italienne très protectrice et décidée - 5 enfants -
  Vit dans un H.L.M. de 5 pièces.
  Tourneur dans une grande Société de produits chimiques.
  A trompé sa femme dans le début de son mariage.
  Nous avons été frappés de constater la grande analogie existant entre sa femme et sa mère (qui s'est d'ailleurs remariée entre temps à un adjudant de la Légion et se fait soigner pour une maladie de Parkinson).
  A rompu tout rapport avec sa mère.

- L'examen montre un homme équilibré, adulte avec persistance de quelques troubles du caractère : s'emballe vite, ébauche de comportement parasitaire, suggestible .

En somme, pour ce premier malade opéré, les circonstances furent extrêmement favorables : repris par sa mère qui fit les frais des premières difficultés de la resocialisation en se refusant toujours à cette catastrophe qu'aurait été une réhospitalisation, puis marié à une femme capable d'assumer à la fois le rôle de mère et celui d'épouse. C'est à ce prix que fut obtenue une véritable guérison persistant depuis 13 ans.

- Obs.n°2 - LAC... Jean, 24 ans.

Arriéré caractériel.

Pupille de l'Assistance, entré au Vinatier à l'âge de 7 ans comme arriéré pervers. Reste ainsi dans un service d'enfants anormaux jusqu'à 17 ans, n'ayant pu apprendre ni à lire ni à écrire, mais devenant de plus en plus menteur, voleur, injurieux et destructeur.

A 17 ans, il est placé dans un service d'aliénés. Il s'y distingue par une très grande vivacité d'esprit et d'exécution pour le crochetage des serrures,

la destruction et la cambriole. S'évade et fait évader les autres. Vivant d'une existence extrêmement concrète, il voit et entend tout ; un simple bruit de pas ou de clef lui fait deviner, à travers portes et murailles, qui est là ou ce qui va se passer. Il sait tout, et quand cela ne suffit pas, il invente dans un sens de calomnie accusatrice, donc de défense, ou de naïve suggestion de mansuétude et de bienveillance pour lui. C'est que tout ce comportement de qui-vive exprime un profond sentiment d'insécurité, qui se traduit soit par la crainte panique, par exemple au moment des actes médicaux, qu'il réclame pourtant ; soit par l'injure réactionnelle, la menace, la calomnie ; soit par des périodes de détresse où il gémit jour et nuit et ne mange pas, soit par d'autres où il ne cesse d'être agressif, surtout vis-à-vis du personnel. Le besoin intense de s'accrocher au médecin, de l'implorer, de le prendre à part, de lui suggérer une préférence pour lui ainsi que des traitements spéciaux (c'est lui qui demande l'opération, dont il a entendu parler) ; de même que le besoin de jouer un rôle, fut-ce de pernition et de scandale, ont la même insécurité à leur base et la nécessité d'un comportement de révalorisation et de sauvegarde. La vie de ce jeune garçon est émaillée de faits divers où l'on voit des mesures de bienveillance immédiatement sanctionnées par un acte antisocial (vol, insubordination, injure), qui entraîne à son tour une nouvelle mesure de précaution, dont la conséquence est régulièrement une étonnante mise en scène de révolte bruyante et de destruction. C'est probablement lui qui a fait les déprédations les plus graves dans l'Etablissement, allant jusqu'à démolir des murailles. Son génie destructeur compense largement sa faiblesse. Tout lui est bon pour attirer l'attention sur lui, y compris les vantardises de masturbations avec d'autres. Tendu vers la vie, qui est une menace insurmontable pour lui, il emploie toutes ses forces à l'égaliser à son chétif personnage : témoin cette façon de tutoyer le personnel, ses chefs, ou de parler d'une façon désinvolte des médecins ou des autorités.

A côté de ce comportement concret extrêmement aigu et rusé, qui s'exprime par la vivacité du regard et toute l'attitude tendue, collante et combattive, il n'a que peu de notions abstraites à sa disposition : c'est ainsi qu'il ne connaît même pas les mois de l'année, ni les jours de la semaine. Cependant on peut capter son attention par le dessin, par exemple, auquel il peut s'intéresser dans le plus grand calme ; dans ce domaine ses productions ne sont pas celles d'un enfant.

Physiquement il n'offre rien de spécial si ce n'est un développement médiocre, un retard en même temps qu'une sénilisation précoce.

Lobotomie bilatérale le 24 Octobre 1947 sous anesthésie locale.

Décédé d'abcès du poumon le 2 Janvier 1948.

Il est difficile d'apprécier le rapport entre ce décès et l'opération. Nous l'avons cependant compté parmi les décès post-opératoires, connaissant l'instabilité de l'équilibre somatique de tels malades.

- Obs.n°3 - MONT... Gualtièro, 24 ans.

Schizophrène

Antécédents héréditaires : une grande tante maternelle a fait de "l'anémie cérébrale" (soignée chez elle).

Antécédents personnels : né en Italie le 29 Mars 1923, naissance avant terme ; à 8 mois. Une soeur, plus jeune de 3 ans, accouchée par césarienne. Mésentente des parents qui vivent séparés à l'heure actuelle. Père très violent et dur, terrorisant ses enfants. La famille émigre en France, lorsque le malade avait 6 mois. Couche jusqu'à l'âge de 16 ans dans la chambre de ses parents. Enfance normale, plutôt bien doué, mais présente une caractéristique très marquée : la peur. Il est extrêmement craintif et timide. Ce manque de sécurité est déjà compensé par une certaine agressivité contre ses camarades et une révolte contre son père à 17 ans, ainsi que par une ambition démesurée, celle de devenir un grand chanteur. Après quelques succès encourageants dans ce domaine, subit un grave échec dans un concours où il est sifflé : 3 jours après c'est la psychose avec l'internement le 13 Janvier 1942 à 18 ans. Forme dépressive traitée avec succès au cardiazol; sortie le 4 Juillet 1942 . Veut faire alors les camps de Jeunesse : 2ème échec , 15 jours après avoir été incorporé ; il est hospitalisé puis interné pour la deuxième fois le 2 Avril 1943. Traité à nouveau par le cardiazol et l'électrochoc ; il est rendu normal à sa famille le 7 Août 1943 mais ramené quelques jours après : état de terreur chez lui. Devient alors de plus en plus agressif et brutal, surtout avec les plus faibles que lui, essayant ainsi de compenser la crainte perpétuelle sous laquelle il vit. Dans le même ordre d'idée sont les rôles mégalomanes qu'il se donne, ainsi que le comportement héroïque et collectif qu'il emprunte à un autre malade dont il admire le prestige et auquel il s'identifie comme à un père (siffle et hurle dans ses mains, comme pour appeler au loin des forces grandioses et indicibles ; de même le besoin d'attitudes imposantes et collectives, comme le salut communiste, ainsi que le chant de l'Internationale qu'il entonne régulièrement au sortir de ses comas insuliniques avec une expression de puissance énorme ; toujours dans le même ordre d'idée le besoin de se hausser jusqu'à la personnalité du médecin en mesurant sa stature avec la sienne et en le tutoyant). Traité successivement de nouveau par chocs thermiques et comas insuliniques, accompagnés de chocs convulsifs (il fait ainsi 94 comas et 14 chocs), Il est amélioré et peut sortir quelquefois en permission. Il est alors redevenu doux, timide et très craintif, comme autrefois. Puis progressivement le comportement agressif et mégalomane reparaît et il redevient à nouveau un être dangereux qui ne peut être à sa place dans les milieux civilisés.

Lobotomie le 10 Novembre 1947. Réintégré le 24 Novembre 1947.

Amélioration lentement progressive. Sort le 20 Novembre 1948.

Travaille dans une fabrique de perles. Dissolution du milieu familial. Le père s'en va avec une autre femme ; la mère est opérée d'un cancer de l'estomac. Se met à boire. - Ramené à l'Hôpital le 3 Février 1949 - Répétition phénoménologique exacte de l'état précédent : brutal, injurieux, mégalomane, impérieux, siffle. Attitude hyperbolique. Attachement jaloux au médecin.

Deuxième lobotomie le 18 Avril 1949 : la situation du milieu ne permet pas de tenter une sortie.

Le 7 Avril 1950, mort de sa mère : le malade demande alors sa sortie.

Présente une Epilepsie très discrète cliniquement : 1 crise par an environ quand il réussit à se procurer à boire.

Prend Largactil 400 mg. + Gardénal 10 cg.

Depuis sa réadaptation se produit progressivement, surtout grâce à l'ergothérapie.

Actuellement bonne présentation, un peu d'incurie. Projette de sortir: avec les 8 millions qui lui appartiennent, il achètera une pâtisserie et tout marchera bien. !

Fiancé à une malade de l'hôpital.!

Donc répétition de la situation mégalomaniaque antérieure. Mais bien adapté, travaillant régulièrement. N'est plus agressif, prégnant, collant et indifférent. Euphorique sans être moriatique. Heureux de vivre.

Il s'agit actuellement essentiellement d'un cas social .

Examens spéciaux

Au Wechsler Bellevue :

Echelle verbale	Q.I. = 89
Echelle pratique	Q.I. = 86
Echelle complète	Q.I. = 87

Niveau d'une intelligence médiocre.

La mémoire des informations scolaires est un peu faible, le malade est capable de calcul mental élémentaire.

Le jugement est irrégulier, parfois moyen, certainement pas débile, parfois inexistant ou en dehors du réel.

Mémoire immédiate un peu faible surtout pour les chiffres à l'envers.

Aux épreuves pratiques on note : une difficulté d'identification des formes et des assemblages absurdes qui signent la présence de l'élément organique (mais le malade est capable de réaliser le plus simple).

Troubles de structuration visuo-spatiales, le malade ne peut réussir les constructions obliques des cubes de kohs.

La reproduction des signes du "Code" est lente (27/67) mais indique d'un certain apprentissage.

Il n'y a pas de détérioration selon la formule classique, la détérioration atteint en réalité les tests qui "traînent".

-Rorschach très pauvre de 7 réponses et 2 refus (pl. II, VII).

L'attitude vis-à-vis des planches est détachée, le malade ne les prend jamais.

On note un élément d'anxiété, et tout le protocole est envahi par une persévération anatomique qui peut se rencontrer dans des maladies mentales diverses, on peut seulement dire que le protocole n'est pas "normal " et qu'il y a une image narcissique du schéma corporel.

Le malade présente un certain intérêt pour les tests , demande pourquoi il les passe et est capable d'un certain effort.

- E. E. G. : ondes lentes à front raide, bifrontales; à l'hyperpnée, signes discrets de souffrance en rapport probable avec la lobotomie.

Cliniquement crises très rares, après boire.

Obs.n°4 - BER... Albert né le 8 Décembre 1908.

Avant 1940 : quelques moments de dépression mal définie.

1940 : Episode dépressif (se prend pour un déserteur, attend les gendarmes). Soigné par le Professeur EUZIERE pendant un mois. Ne veut pas continuer son traitement. Repart aux armées et est fait prisonnier.

1941-1943 : Prisonnier en Allemagne. Les idées de persécution reviennent. Agressif : il brise la dent d'un camarade.

1943 : Rapatrié sanitaire. Hospitalisé à CHAMPVERT. Déprimé, pénible, mais non agressif. Sept électrochocs amènent une notable amélioration.

Année scolaire 1943-1944 . Tout se passe à peu près normalement au collège Technique de CLUNY où il est Professeur de Sciences. Garde un caractère impulsif. Paraît cacher sa souffrance.

1944-1945 : Les troubles augmentent. Sautes d'humeur. Insomnies.

Janvier 1945: Analyse minutieusement son état. Sentiment de dépersonnalisation et d'agression de sa pensée. Neutratité affective.

29 Juin 1945: Vu en consultation. Délire très net malgré la réticence. On conseille l'internement. Depuis l'état s'aggrave. L'agressivité augmente. Coup de poing et essai de strangulation envers sa femme. Impulsions très rapides. Attitudes hallucinatoires.

13 Juillet 1945: Hospitalisé à Desgenettes d'où il est interné à BOU RG le 31 Août suivant .

Etat à l'Hôpital: Pratiquement aucune modification sensible depuis 1945. Huit électro-chocs n'ont amené aucune modification. Deux essais d'évasion le 10 et le 22 Octobre 1945. Le délire était extrêmement réticent au début, au point de laisser des doutes dans l'esprit des parents et aussi dans celui du Procureur. Progressivement le délire s'est exprimé non seulement au cours d'interrogatoires, mais aussi au cours de lettres adressées aux autorités civiles et militaires.

Ce délire de persécution s'exprime surtout par un sentiment d'influence, d'agression et de dépersonnalisation. Hallucinations auditives, hallucinations coenesthésiques, fausse reconnaissance.

L'état affectif est assez variable. Certains jours le malade est de bonne humeur et rectifie presque les troubles qu'il ressent. Le plus souvent il est sombre, mécontent, se plaignant de toutes les agressions psychiques qu'il ressent. Il met cependant cette agression sur le compte d'un traitement psychiatrique qu'on lui ferait mystérieusement et dont il ne conteste pas l'efficacité future. Mais le présent est intolérable. Enfin, à certains moments, on assiste à des explosions émotionnelles extrêmement véhémentes, d'apparition et de sédation rapides. Il y a là une tension frémissante d'indignation douloureuse, d'une telle intensité et d'une telle netteté que c'est elle qui nous a fait poser l'indication d'une lobotomie.

Par ailleurs le malade demeure lucide, cohérent, intelligent dans ses remarques et ses distractions.

Analyse Phénomènologique

Ce qui semble dominer chez cet homme, fils unique, "couvé par ses parents", c'est le véritable rapport de "dual-union", dans lequel il a vécu avec sa femme : rapport oedipien, complètement exclusif : fermés sur eux-mêmes, avec refus des enfants et organisation maternelle de cette existence à deux. C'est ce qui permit à cet homme, rêveur et studieux, de mener une vie sociale à peu près adulte. Or, cette "dual-union", qui date de leur mariage en 1935 et qui fut parfaite jusqu'en 1939, commence à se dissocier à cette époque du fait des évènements : la mobilisation est pour lui une catastrophe et les troubles mentaux dépressifs apparaissent peu après, en Janvier 1940. Traité à cette époque, il retourne ensuite aux armées, où la séparation s'accentue encore par la captivité. C'est pendant cette dernière que les troubles mentaux réapparaissent mais cette fois paranoïdes et qu'il est rapatrié comme malade en 1943. Traité à plusieurs reprises, il reprend ensuite pendant quelques mois la vie avec sa femme et sa place de Professeur : mais cette "dual-union", qui a été brisée, lui échappe et il a deux réactions caractéristiques : il devient hyperérotique et il veut tuer sa partenaire. Interné alors, la séparation s'achève : la femme contracte une nouvelle liaison.

La marche des évènements et l'évolution de cette désunion, dont il est la victime, conduit cet homme de l'état d'adulte autonome et responsable à celui de subordination délirante, d'oppression, comme il le dit, c'est-à-dire à un état régressif de dépendance parentale : il est soumis, suivant son expression, "à une action supérieure, un Dieu inconnu, peut-être un colonel de gendarmerie, qui agit parfois comme un père". C'est contre cette diminution de sa personnalité qu'il essaie de protester, en proclamant d'une façon oratoire qu'il est "Mr.BER..., Professeur à l'Ecole Technique et lieutenant de réserve", c'est-à-dire précisément ce qu'il ne peut plus être sans la protection maternelle de sa femme. Ce qu'il est maintenant "c'est un mouton de quartier", comme il l'entend dire autour de lui, c'est-à-dire une injure homo-sexuelle, qui teste par le délire son rôle de partenaire faible, ayant besoin d'attachement, sans initiative masculine.

La subordination parentale délirante, dans laquelle il vit, semble être une conduite de sauvegarde contre la catastrophe, qui se présente sous forme d'expérience concrète, cosmique, d'un monde sans distance, d'action immédiate et non aérée par la connaissance objective. "Il est dans le mystère, le centre d'une action incompréhensible. Tout ce qui l'entoure est en rapport immédiat avec lui". Cet état de catastrophe semble lui être survenue subite - ment en captivité : c'est ce qu'il appelle "l'accident". Il a d'autres moyens encore à sa disposition pour y échapper, comme par exemple certaines conduites prophétiques, témoignant d'un retour à un psychisme collectif" : on voulait lui faire jouer un rôle national ou même international" ; ou bien des identifications inauthentiques, c'est-à-dire des répétitions concrètes d'expériences passées réussies :"il reconnaît avec bonheur, dans la personne du médecin, un certain Mr.DUB..., pharmacien à CLUNY, qui a été son commensal pendant trois ans de sa vie de célibat".

Signalons enfin comme autre caractéristique importante de cet homme : il est gaucher.

Le diagnostic expérimental des tendances (tests de SZONDI) le classe comme : "névrose paranoïde, dual-partnair. agressif , éventuellement schizo-phrénie paranoïde".

Son destin morbide pourrait être par rang de probabilités décroissantes: psychose maniaque, épilepsie, homo-sexualité, hystérie d'angoisse, crime.

Le Rorschach est extrêmement extratensif, c'est-à-dire le montre très concret et égodiastolique.

Cet homme est très conscient de son trouble, de sa situation ambigue : il veut guérir, c'est-à-dire "revenir à son point initial". Il n'a pas de conviction délirante "ou bien il est fou et il faut l'enfermer ; ou bien ce qu'il subit est vrai et il proteste". Sa situation d'insécurité n'est plus telle qu'il ne puisse la supporter par son délire de subordination ; en tous les cas il ne proteste actuellement que par la parole. Mais il est vrai aussi qu'il a eu des réactions d'agressions graves.

De telle sorte qu'il faut se demander si dans ce trouble mental, qui est acquis et récent (il n'y a pas d'héridité), il ne serait pas indiqué par une lobotomie unilatérale gauche de provoquer "un retour à l'état initial", c'est-à-dire à la "dual-union" par une réintégration de l'activité gauche qui a été celle de son enfance et qui serait ainsi une répétition phénomènologique possible, à la faveur de laquelle une nouvelle expérience oedipienne pourrait être tentée. La femme en accepte plus ou moins le risque : c'est en tout cas elle qui a demandé l'opération.

Lobotomie unilatérale gauche le 1er.Mars 1948. Les suites furent très simples, l'apaisement fut certain mais le malade gardait l'impression qu'on le commandait du dehors. La sortie est pourtant décidée et le malade rentre chez lui.

Il se montre triste, paraît "écouter des voix", dort mal. Il n'est pas agressif mais sa femme que nous revoyons en a peur. Elle ne le retrouve pas tel qu'il était. A ce moment nous sentons chez elle le regret d'avoir fait opérer son mari. Sa sortie bouleverse sa vie car elle a un amant, lui aussi malade.

Lobotomie droite le 7 Avril 1948. - Enurésie : trois jours.
A ce moment commencent pour la femme de notre malade des difficultés sans fin. Elle ne veut plus quitter son amant. Elle projette d'installer son mari et son amant dans le même appartement mais ce plan ne réussit pas. Quelques semaines, elle mène une vie infernale courant de chez son amant à son domicile : lasse , découragée, elle regrette d'avoir fait sortir son mari, de l'avoir fait opérer. Elle tente même de le faire interner à nouveau. Elle obtient même un certificat d'internement et il nous faut intervenir pour empêcher une réhospitalisation.

Notre malade, que nous revoyons,est assez inquiet malgré un calme réel.

Il fait un séjour chez ses parents, y restant le plus souvent sans sa femme. Il en revient réconforté et nous dit ses intentions de retrouver pleinement sa vie antérieure.

Contrairement à ce que nous avions prévu, le retour au foyer conjugal ne permit pas la réalisation renouvelée de la "dual-union".

- Notre malade n'était qu'un intrus : obligée de choisir, elle choisit son amant.

- Il demeura donc seul chez lui, forcé à rester oisif par une administration difficile à décider. Il fit d'abord sa cuisine, puis prit ses repas à l'Hotel. Ses collègues le considéraient comme parfaitement guéri. Il reprit ses cours sans difficultés majeures .

Revu en 1953, tout allait pour le mieux : ses supérieurs étaient satisfaits de lui, ses études personnelles se poursuivaient.

Que se passa-t-il par la suite, nous ne le savons pas. Nous avons retrouvé notre malade par la filière administrative, à l'hôpital psychiatrique de Nice, dont le médecin-chef, le Docteur Rancoule nous écrit :

" Il est entré dans mon service le 13 Décembre 1954. Il présentait des troubles caractériels et du comportement qui rendaient impossibles une vie familiale et sociale normale.

Depuis qu'il est ici, il est habituellement calme n'extériorisant qu'à certaines périodes des idées délirantes à thème d'influence ou de persécution : un délire paranoïde qui ne s'exprime que durant ces périodes d'exacerbation. Son activité est réduite : lecture, rare correspondance. Il paraît stabilisé mais je ne pense pas qu'une réadaptation soit possible et qu'il puisse vivre en dehors d'un cadre spécialisé".

La réadaptation fut trop difficile : il a "craqué" et est retombé. Il est peu d'observations où soit aussi pitoyablement évidente la somme énorme d'effort qu'il faut fournir pour "s'en sortir".

- obs.n°5 - DEL..., 37 ans, célibataire, manoeuvre.

Cyclothymie

Grand-père maternel, mort à 49 ans à l'asile d'aliénés de Bourg, après quelques années d'internement.

Mère décédée, hémiplégique et aphasique, à la suite de plusieurs ictus, dont le premier a eu lieu à 45 ans - 3 fausses-couches, dont un enfant mort-né, 3 enfants vivants venus à terme. -

Enfance normale, sans maladies, ni troubles nerveux, Apprend très difficilement. Craintif et timide.

Premier internement à l'âge de 18 ans pour un accès d'excitation. Depuis cette époque, sa vie n'est plus qu'une série d'intermittences psychosiques, qui le ramènent 5 fois au Vinatier, sans compter les rechutes intercalaires, qui n'ont pas nécessité d'hospitalisation.

Le dernier internement remonte à décembre 1944. Malgré les traitements par chocs (fébriles et électriques), il n'y a pas eu de périodes lucides assez prolongées, pour permettre une sortie. Depuis un an environ les accès psychosiques ont tendance à se rapprocher et à se transformer en une véritable cyclothymie : périodes de dépression où il est humble, craintif, silencieux, subordonné, suivies de périodes d'exaltation où il est arrogant, bruyant, même agressif avec intentionalité. Il semble qu'il ne puisse sortir de ce dilemne compensateur et trouver un comportement plus équilibré en face de la vie.

Tous les examens physiques sont négatifs. Diphtérie en 1945.

Lobotomisé le 3 Juin 1948.

Sorti de l'Hôpital Edouard-Herriot le 23 Août 1948, va en maison de convalescence à Alix. Depuis a repris son travail régulièrement. A un logement mais mange chez une dame, amie de sa famille qui nous signale que "de temps en temps, pendant environ 48 heures, il est agité, parle beaucoup et voit dans son imagination des personnages inexistants".

Pas d'épilepsie.

- Obs.n°6 - CO... Louis, 28 ans, cultivateur, célibataire.

Hébéphréno-catatonie

La mère a fait une dépression au moment d'une grossesse.

Enfance normale jusqu'à 8 ans, où il a une "frayeur" et devient depuis ce moment renfermé, peu sociable, peu affectueux, solitaire, très religieux.

Apprend facilement. Bon niveau scolaire, passe aisément le certificat. Camp de jeunesse sans incident. Travaille ensuite à la campagne, puis en tissage.

Dépression en 1945, traitement par électro-choc à l'Antiquaille ; I an d'amélioration. Rechute avec subagitation et menaces envers ses parents. Placé au Vinatier libre, puis interné en 1946. Traitements par électro-chocs, chocs fébriles et comas insuliniques. Améliorations passagères, avec un peu plus de sociabilité. Sinon c'est un sujet craintif, replié sur lui-même, n'osant pas regarder en face, ne parlant pas, souffrant de vivre, souffrant de l'approche des autres, extrêmement hostile et se livrant à des actes d'opposition agressive intentionnelle comme de frapper l'infirmier qui veut le soigner ou faire son lit, lancer sa soupe à travers la salle, déchirer sa literie, faire au lit. De temps en temps un acte désespéré comme d'enfoncer une vitre à coups de poing, pour partir. L'état de cet homme est tellement destructeur et anti-social qu'on est obligé de le mettre nu dans la paille dans une cellule. On sent chez lui un état de malaise craintif et tendu, au-dessus de nos moyens de réadaptation thérapeutique. Il n'y a que de très rares et furtifs contacts possibles. Inabordable pour les siens.

Lobotomie préfrontale bilatérale le 14 Juin 1948.

L'amélioration se fait très progressivement en 7 mois. Sort au bout de 10 mois le 30 Avril 1949, guéri.

Reprend son emploi à l'Usine de Tissage où il travaillait précédemment.

Mais le 10Août 1949, soit 2 mois ½ après sa sortie, impulsion brutale après une discussion avec sa mère : la menace, puis met le feu à la ferme et s'enfuit. Réhospitalisé le 3 Janvier 1950 dans un état exactement comparable à celui présenté lors de la première hospitalisation.

A présenté deux crises d'épilepsie le même jour en 1955 (d'origine éthylique ??). Depuis ses impulsions extrêmement violentes et imprévisibles en font un malade dangereux malgré des traitements neuroleptiques intenses (Largactil 900 mgr. puis Témentil 100 mgr. + Nozinan 150 mgr.)

L'E.E.G. est normal.

Wechsler-Bellevue :

Echelle verbale Q.I. = 62
Echelle pratique Q.I. = 57
Echelle complète Q.I. = 55

niveau de la débilité.

Les connaissances scolaires sont faibles (6/10) mais c'est encore là que le malade atteint la meilleure performance, la mémoire des choses anciennes est meilleure que la mémoire immédiate très faible.

Calcul mental impossible.

On ne peut obtenir aucune réponse de jugement, le malade paraît ne rien comprendre.

Aux épreuves pratiques, ne peut identifier aucune forme simple des assemblages absurdes signent la présence d'un élément organique ainsi que l'incapacité totale à résoudre des cubes de Kohs. Le malade ne reconnaît même pas les couleurs.

Très grande lenteur à la reproduction des signes du code (8/67) qui marque l'incapacité d'apprentissage.

Détérioration de 34 % compte-tenu de la détérioration physiologique normale. En réalité, elle doit être supérieure parce qu'elle atteint même les tests qui tiennent comme la compréhension et les compléments d'images.

Détérioration qui atteint toutes les facultés.

Le malade est très difficile à comprendre. Il ne fait aucun effort pour se faire comprendre, ni pour comprendre les épreuves. Il est sans intérêt aussi bien dans le domaine verbal que dans le domaine pratique.

Le Rorschach n'est pas possible.

- Obs.n°7 - VAL... Georges, 38 ans, célibataire, cuisinier.

Schizophrénie paranoïde.

Groupe génotypique : un oncle et une cousine paternel ont fait des troubles mentaux. L'oncle est mort au Vinatier.

Enfance normale : élevé par ses parents . Apprend le métier de cuisinier. Fait de nombreuses places et déplacements; en particulier fait le cuisinier sur un paquebot qui fait le voyage de Saïgon. Au cours de la traversée, contracte la fièvre typhoïde.

Caractéristiques : vie très instable et réactions anti-familiales intenses, particulièrement contre le père qu'il cesse de voir depuis 1938.

Premier internement le 17 Février 1942 avec le diagnostic de déséquilibre constitutionnel, inadaptable. Sort en bon état le 25 Septembre 1944 , obtient une place de plongeur à l'école de police de Saint-Cyr au Mont d'Or où il reste jusqu'à son dernier internement, le 20 Janvier 1947.

Pendant ce deuxième séjour, se développe une psychose paranoïde avec hallucinations, délire de persécution et réactions extrêmement offensives (injures et coups).

La phénoménologie de cet homme se définit par un état d'oppression et de crainte dont il essaye de se défendre par un silence farouche ou par une révolte hurlante de menaces, voire de coups qui s'abattent parfois sur ses compagnons. De temps en temps il a des manifestations de bonté altruiste, aide les plus malheureux à manger, distribue son tabac, partage sa nourriture. Il y a donc un état permanent d'insécurité, une perte de la confiance dans la vie et dans ses semblables, que toutes les méthodes réductives et pédagogiques habituelles (chocs, hypnoses, fièvre) n'ont pas réussi à corriger.

Physiquement en bon état. Très grosses varices qui ont été opérées et qui constituent une véritable infirmité, pour laquelle il n'a pas fait de service armé.

Lobotomie préfrontale bilatérale les 5 et 26 Juillet 1948.

Sortie immédiate le 13Août 1948. Resocialisation immédiate après un mois de convalescence à Alix.

Travaille dans la restauration. Mais éthylisme habituel entraînant des crises d'épilepsie . Mis en observation dans le service en 1953 où un E.E.G. montrait : "tracé légèrement anormal dans l'ensemble avec anomalies au niveau des deux régions frontales basses évoquant la constitution d'un foyer épileptogène, surtout à Droite".

Devient alors abstinent total et ne présente plus de crises. Aucun traitement anticonvulsivant.

Est actuellement à l'E.D.F. depuis 4 ans (cantine) et donne entière satisfaction.

Gastrectomisé pour ulcère en Janvier 1960.

- Obs.n°8 - LATR... Amédée, 48 ans, Manoeuvre.

Dépression Mélancolique

Les principales situations de la vie de cet homme sont les suivantes:

D'abord, défection parentale complète : perd son père à 3 ans et sa mère à 11 ans .

Après la mort du père, la mère vit un certain temps avec un italien. Quand elle meurt, ce dernier se débarrasse de l'enfant en le mettant en pension ; puis il se met en ménage avec une femme divorcée qui a déjà 5 enfants. Ils reprennent alors le petit LATR... avec eux, puis le chassent à l'âge de 14 ans. Il s'en va donc seul gagner sa vie. Fait différentes places, puis vers les 18 ans, fait la connaissance d'une veuve de guerre de 10 ans de plus que lui, qui a déjà une fille, et gagne sa vie en se livrant à la prostitution. Cette femme lui est d'ailleurs très attachée ; elle se prive pour lui pendant son service militaire. Ils se marient par la suite, et ont un fils. A son retour du service militaire, il entre dans une entreprise de camionnage où au cours d'une discussion violente avec d'autres camarades, il en tue un. Il y a un non lieu. Entre alors aux Glacières de Paris où il reste 12 ans et joue le rôle de délégué pendant les grèves de 36. Mobilisé pendant la guerre, sans incident. A son retour, entre dans une entreprise de camionnage : mais il se dispute avec le patron et le gifle . parce qu'il prenait l'avoine de son cheval pour lequel il avait une grande affection. Renvoyé.

Les troubles mentaux commencent en 1944 : son gendre qui était à la L.V.F. disparaît à la libération et ne laisse plus rien entendre de lui ; sa femme (fille de la femme de LATR...) se met en ménage avec un négociant de Grenoble.

La vie de cet homme n'est donc qu'une série de conflits et d'échecs qui l'avaient laissé finalement dans un état de désespoir presque permanent ; tous les traitements réducteurs habituels (électro-chocs, fièvre, narco-hypnose) n'ont amené qu'une sédation passagère avec essais de sublimation oblative (dévouement, pitié, prière), toujours manqués et se terminant par des accès d'anxiété et des tentatives de suicide.

Physique : type syntone
Lobotomie le 6 Août 1948 , (préfrontale bilatérale)

Reprise du travail au bout d'un mois comme ouvrier d'Etat dans différents services dépendant de l'armée. Résultat excellent.

Ce n'est pas sans surprise que nous l'avons retrouvé le 24 Novembre 1958 dans le service pour "détérioration intellectuelle progressive, syndrome dépressif hypochondriaque, négativisme (refuse de se lever)".

Il s'agissait en réalité de l'évolution récente d'un mal de POTT dorso-lombaire pour lequel il est actuellement soigné dans un service chirurgical. Il présentait à ce moment là une asthénie physique et intellectuelle bien explicable (ce qui explique sans doute en partie les mauvais résultats au W.B.) - L'examen psychologique (Mademoiselle HERZOG) montrait un Q.I. de 0,79 à l'échelle verbale, de 0,96 à l'échelle de performance, ce qui donne à l'échelle complète un Q.I. de 0,87 (normal médiocre), avec un pourcentage de détérioration pathologique de 46 %.

E.E.G.:important ralentissement des rythmes localisé aux deux régions frontales et en relation probable avec la lobotomie antérieure. Aucun signe irritatif.

Son refus de se lever ressortissait de la lombalgie pottique.

Présentait cependant une discrète euphorie avec indifférence relative à son immobilisation en coquille platrée.

-Obs.n°9 - CHAG...

Grand arriéré mental du niveau de l'imbécillité.

L'apparition de troubles du comportement (agressivité impulsive et dangereuse, colères violentes, gâtisme) avait fait pratiquer une lobotomie frontale bilatérale le 10 Août 1948.

La regression a été très importante après la lobotomie .

Tous les essais de rééducation ont été infructueux.

Est actuellement à l'Hôpital Saint-Georges à Bourg où il se présente comme "un malade complètement muet, indifférent et gâteux. Il est absolument impossible d'obtenir de lui le moindre travail, ou simplement la moindre adap-

tation un peu vivante et active au milieu où il est...

Actuellement, il est donc à un niveau qui rappelle pratiquement les plus bas niveaux possibles où puisse vivre un malade." (Dr.Nodet)

- Obs.n°10 - DUP... Jean, 29 ans, Médecin.

Toxicomanie (Dolosal)

Aucune hérédité psycho-névropathique.

Dans l'enfance et l'adolescence, caractère difficile et violent. A 20 ans tentative de suicide par le gaz pour déception sentimentale. Perte de connaissance. Traité pendant trois semaines en Maison de Santé : à la suite de cet épisode, débordement sexuel. Puis continue normalement ses études, au cours desquelles cependant il a l'occasion de prendre du Dolosal en suppositoires contre l'insomnie.

En 1944, termine ses études, se marie et s'installe. A cette époque il apprend la mort de la femme pour laquelle il s'était suicidé. Cette nouvelle le frappe d'autant plus qu'il s'est marié sans grande conviction. Il y a une véritable répétition de l'échec, cette fois-ci irrémédiable et il a recours à la même phénomènologie que celle qui l'a marqué la première fois, c'est-à-dire la perte de conscience : en tous les cas c'est à partir de ce moment qu'il a recours aux doses massives; et par la suite, c'est chaque fois qu'il aura un ennui, un échec quelconque qu'il répétera cette situation : il l'avoue lui-même, il se pique pour perdre conscience.

C'est ensuite l'histoire chaotique d'une intoxication chronique et progressive, avec séjours prolongés en Maison de Santé, désintoxications passagères, essais de reprendre une vie professionnelle et familiale normale avec rechutes de plus en plus fréquentes, délinquances déontologiques pour se procurer de la drogue, vols, violences envers les siens, accidents, névrite, chutes convulsives, évasion des Maisons de Cure, scandales qui le rendent indésirable partout et finalement en désespoir de cause le mènent à l'Hôpital Psychiatrique comme très dangereux. Ce qu'il y a de caractéristique, c'est qu'il ne recherche pas la drogue sous l'impulsion du besoin, qui ne semble pas exister avec le Dolosal. Il a recours à la drogue plutôt pour s'évader d'une espèce d'inquiétude et se mettre dans un état de révolte vis-à-vis des siens. C'est d'ailleurs surtout sa mère qui a été sa principale victime. Sa femme eut également à souffrir de ses méfaits, mais seulement comme instrument: elle devait aller sous menaces chercher le toxique.

La lobotomie est la seule façon, peut-être définitive, de rompre avec ce passé anti-social : c'est en tous cas, lui qui la demande et qui éprouve un véritable soulagement à la pensée de cette échéance.

La lobotomie s'est soldée par un échec complet.

Le malade a continué à présenter les mêmes troubles qu'auparavant. Plusieurs essais de réadaptation comme médecin en différents endroits se soldés par des échecs et des scandales locaux. - Toujours hospitalisé actuellement.-

Pas d'atteinte intellectuelle.

Pas d'épilepsie.

- Obs.n°11 - AILL... René, 23 ans.

Schizophrénie

Pas d'hérédité neuro-psychopathique.

Parents vivants - Une soeur.

Rien à signaler dans l'enfance et l'adolescence.

Etudes normales : certificat et brevet, bien qu'apprenant difficilement. Après ses études, en 1942, à 19 ans s'engage dans la cavalerie ; puis à la dissolution de l'armée entre dans une mine, où il est pris par la résistance. Maquis en 1943 et 1944. Puis remobilisé et envoyé en Allemagne. En 1945 piqué contre le typhus, ce qui le fatigue beaucoup ; écrit des lettres désespérées. Renvoyé dans ses foyers comme malade et pensionné. Des essais pour le faire travailler restent infructueux. "Il voit une tête d'homme dans la sienne" (qu'il agite constamment) et n'est heureux de vivre. Grimaces , tics.

Hospitalisé au Vinatier le 31 Décembre 1946 ; après un séjour en service libre, a subi tous les traitements, y compris l'insulinothérapie avec 44 comas, qui amena d'ailleurs une très notable amélioration, avec sociabilité plus grande et disparition des stéréotypies.

Sort le 22 Juillet 1947. Travaille pendant 4 mois dans une mine de lignite, mais devient de plus en plus inconstant dans sa place et il est renvoyé. Oisif depuis ce moment : erre solitairement dans la campagne, se postant

longuement à certains endroits où il pourrait voir passer une femme. Stéréotypies d'éructation et de friction de la tête, sans arrêt. Ne parle pas. Quelques impulsions agressives.

L'état actuel est le même qu'à la première hospitalisation : autiste, timide, fuyant, ne regardant pas en face, l'air malheureux. Il y a d'ailleurs un complexe d'infériorité très fort, qui s'est bien manifesté au cours des narco-analyses, avec désir de puissance physique au réveil, où il déclare qu'il veut être boxeur. Il met d'ailleurs en action cet essai de compensation physique, inspirée par sa grande taille et il frappe inopinément d'autres malades et menace même le médecin en le mettant en garde. Mais ces réactions sont rares,et c'est d'habitude un être silencieux, moutonnier, morose, oisif et souffrant. Frottement de l'occiput sans arrêt - Pleure de temps en temps.

Très bon état physique - Gaucher.

- Lobotomie le 8 Octobre 1948.

Légère euphorie transitoire, mais reste solitaire, morose, inactif.

- 2ème.Lobotomie le 4 Avril 1949.

Sorti en Octobre 1949. Amélioration considérable : travaillait avec son père à la culture, s'inquiétait de son avenir. Brusquement, en Juin 1950, maux de tête, vomissements et rechute progressive.

Rehospitalisé en Juillet 1950 dans un état comparable à celui présenté avant ses opérations.

La socio. et l'ergothérapie permettent une amélioration progressive et la sortie le 14 Novembre 1951.

Reste très bien pendant six mois, puis rechute entraînant son internement à l'Hôpital de la Timone où il se trouve encore, dans un état extrêmement dégradé.

Pas d'épilepsie.

- Obs.n°12 - HAO... Henri-François, 46 ans, ancien employé des trams.

Schizophrénie

Mère morte en 1938, à 51 ans, à l'Asile d'aliénés de Privas, après un accès d'agitation anxieuse.

Père pendu en 1929 .

Marié en 1926, 2 enfants, dont l'un est mort en bas âge.

Employé à l'O.T.L. depuis 1925 ; mobilisé en 1939, fait prisonnier, rapatrié en 1941 comme malade : souffrait des reins, de la tête et de l'estomac.

Hospitalisé d'abord au Perron, puis à Grange-Blanche (Pavillon P) en deux fois, puis dans différents hôpitaux militaires. Opération en 1941 à la hanche droite pour douleurs intolérables dans le service du Docteur TAVERNIER. Interné une première fois en 1945 au Vinatier : une certaine amélioration à la suite d'une série d'électro-chocs. Puis retombe chez lui dans cette apathie qui le confine au lit.

Nouvelle admission au Vinatier, Service Libre, le 31 Juillet 1948 ; malade toujours au lit, silencieux, sous ses couvertures. La phénomènologie, c'est la douleur physique : se plaint principalement de la hanche droite et des reins ; mais aussi de la tête et de l'estomac. Ne peut pas rester en place "Çà le pousse à bouger". Tout le comportement est lent, précautionneux, antalgique, alors qu'en réalité la mobilisation des articles est tout à fait souple et aisée. La physionomie exprime la douleur et l'inquiétude. N'aime pas qu'on s'occupe de lui. Mange très peu. Porte toujours sur les reins une espèce de molleton qui le préserve et lui tient chaud. Très maigre, pâle et faible.

Lobotomisé le 27 Octobre 1948.

Depuis son opération, n'a jamais été rehospitalisé mais n'a jamais retravaillé. En situation de dépendance envers sa femme, obéissant et suggestible, il mène un train de vie routinier : va tous les jours à son jardin, à 3 km. de chez lui, toujours par les mêmes rues sinon il se perd.

Il serait capable d'un travail de bas niveau, mais nécessite une surveillance régulière car il ne se tient pas à son travail.

Exaltation de la sphère orale : boulimique, il serait volontiers porté à boire.

Incurie partielle : sa femme doit souvent le laver.

Collectionisme - Adhérence au concret.

A l'examen, se présente comme un vieux schizophrène avec rires immotivés, soliloquie.

Quelques douleurs dans les reins sans résonnance affective.

Il n'est pas moriatique, mais gros troubles du jugement et de l'autocritique.

A eu quatre crises épileptiques depuis son opération : prend Gardénal 0,05.

- Obs.n°13 - GOU... 25 ans, aide-comptable.

Hébéphréno-Catatonie

Une tante maternelle imbécile (post-méningitique).

Mère anxieuse et captatrice. - Enfance normale marquée par un R.A.A. avec albuminurie persistante et crises de laryngite striduleuse.

Enfant craintif et effacé, très émotif (échoue au C.E.P.), élevé dans la chambre de ses parents, couchant parfois dans leur lit. Très myope et portant un dentier, il se sent très inférieur à son frère cadet qui le domine. Pris comme tête-de-turc par ses copains.

A 17 ans, en 1940, traumatisme crânien suivi d'un épisode schizophréniforme de courte durée ayant nécessité son hospitalisation au Pavillon P . Puis travaille à la S.N.C.F. - Service Militaire normal en Allemagne. -

Mais à son retour, on refuse sa titularisation à la S.N.C.F. pour myopie.

C'est alors, le 28 Juin 1946, qu'il commence la longue série de ses hospitalisations, entrecoupées d'essai de travail infructueux. Tous les traitements possibles sont entrepris sans succès y compris une Insulinothérapie prolongée.

Lobotomie le 1 Décembre 1948, suivie d'une sortie précoce, le 18 du même mois.

Amélioration très importante mais pas de reprise du travail.

En Juin 1952 se produit une rechute qui permet de revoir un GOU... moriatique, euphorique, extériorisant une confabulation mégalomaniaque absurde et inconsistante (328.224 trillards de francs).

Rehospitalisé en maison de rééducation, puis en clinique, il rentre en 1956, dans sa famille où il vit avec sa mère presque infirme qu'il aide à son ménage.

Revu début 1960, il est aussi euphorique et confiant qu'il était infériorisé avant sa maladie. Mais pas de réadaptation sociale.

Bonne mémoire, bonne activité pragmatique.

Est milliardaire (en nouveaux francs)

Sa mère et une amie de celle-ci se sont organisées pour lui permettre une vie sociale élémentaire.

- Obs.n°14 - LAIS... Victor, 26 ans.

Schizophrénie

Venu à terme aux fers. Marche à 20 mois. Parle tard. Enurésie jusqu'à 3 ans. A l'école, apprend bien jusqu'à 12 ans. A partir de cet âge commence à décliner, ne peut plus rien apprendre. Puis devient de plus en plus insupportable, agité, besoin de mouvements constants. Dormait bien. A l'âge de 15 ans, comme il est de plus en plus agité et sale, ses parents le font hospitaliser à l'Antiquaille, dans le Service du Professeur DEVIC, qui constate : "une gesticulation incessante (destinée, dit-il, à le défendre d'accidents possibles) ; actes extravagants : défèque au milieu de la salle, urine et va lécher ses urines, harcèle les autres malades". A noter que dans la famille il n'y a aucune hérédité : les parents sont vivants et bien portants et il a une soeur également en bonne santé.

Interné pour la première fois au Vinatier de Février à Juin 1939, où on constate : une ambivalence très forte : passe des heures à enlever et remettre sa chemise et son caleçon ; des stéréotypies (gestes de défense, se regarder et se frotter les ongles, se prendre et contempler les organes génitaux, cracher, toucher l'interlocuteur du bout du doigt) ; du négativisme ; de l'hyperkinésie, avec besoin de remuer constamment, sauf quand on ne s'adresse pas à lui : reste alors complètement immobile ; une très forte suggestibilité et de l'échomimie. Isolé dès les premiers jours, il se montre extrêmement sale ; puis s'améliore, devient plus propre, se calme et ne fait plus ses grimaces stériotypées. Seuls persistent le geste de la main devant la bouche et la hâte des réponses. Mis au travail au jardin, sans succès ; a dû en être retiré au bout de 15 jours car il ne faisait plus rien et s'en allait. Restait cependant ordonné dans sa tenue. Remis au lit pour un traitement par chocs thermiques : très sale : rapports homosexuels passifs avec un autre malade. Narcissisne : se complait à rester sur son vase à contempler ses urines, à les goutter avec le doigt ; masturbation. Sorti amélioré.

Après sa sortie, rentre dans sa famille, travaille un peu, conduit les bêtes aux champs. Puis camp de jeunesse : réformé au bout d'un mois . Revient chez lui où il ne fait absolument plus rien. Claustré dans sa chambre, d'où il ne veut plus sortir, ne se lavant plus, déféquant dans un seau, détruisant sa literie, ses vêtements et la tapisserie, de telle sorte que ses parents ne lui laissent plus rien, qu'un lit et un matelas. Vivait ainsi nu dans cette pièce, où on lui apportait à manger. De temps en temps apparaissait à la fenêtre nu. Les voisins parlant de claustration, les parents le font interner une seconde fois.le 14 Janvier 1948.

On constate alors un comportement adapté mais pauvre, craintif, stéréotypé. Attitude gênée avec mains devant la figure. Mais surtout la caractéristique dominante de cet individu ; c'est actuellement le déchirage, qui en arrive à un tel point de destruction vestimentaire qu'on est obligé de le laisser vivre

complètement nu en été, entravé en hiver : les courts moments où il est libre pendant le repas, il en profite aussitôt pour déchirer le peu de vêtement qu'il a sur lui. La nuit il couche sur une paillase (car il urine au lit) avec une couverture (qu'il ne déchire pas). Mène ainsi une vie de nudiste, narcissique, oisive, silencieuse et craintive, homosexuelle.

Le Rorschach est extra tensif au maximum, donc autistique.

Le diagnostic des tendances montre un trouble instinctif dû à un besoin de tendresse insatisfaite, après la perte de l'objet primaire d'affection (la mère), avec compensation par la violence et la destruction ; remplacé parfois par un besoin de s'accrocher, de chercher partout un point d'attache dans la solitude, avec agitation inquiète continuelle. Le quotient des tendances montre un état d'impulsion indomptable (le déchirage). Sinon tout à fait doux et docile.

Etat général très bon. Réflectivité tendineuse vive. Succion.

Les traitements habituels ont échoué (électrochocs et chocs thermiques). La lobotomie pourra,peut-être, permettre de reprendre cette situation par la base.

Lobotomie le 13 Janvier 1949.

Amélioration très rapide en milieu hospitalier : docile, sociable, ne déchirant absolument plus.

Sort le 23 Février 1949. Or dès son retour, recommence à mener une vie anti-familiale : tyrannise sa famille, se lève à 5 heures du soir, se couche tard dans la nuit, refuse de travailler, menace.

Rehospitalisé le 9 Mai 1949.

N'a plus présenté de troubles majeurs du comportement. Mais est resté un grand schizophrène désadapté et discordant. Adhérence au concret. Travaille très régulièrement.

Wechsler Bellevue

Echelle verbale	Q.I. = 69
Echelle pratique	Q.I. = 50
Echelle complète	Q.I. = 56

Mémoire des connaissances scolaires moyenne (9/20), capable de calcul élémentaire seulement.

Mémoire immédiate très faible.

Jugement presque inexistant.

Aux épreuves pratiques : incapacité d'identification des formes simples, assemblages absurdes qui signent la présence de l'élément organique et trouble de structuration visuo-spatiale importants.

Détérioration de 61 % (compte-tenu de la détérioration physiologique normale) - en réalité la détérioration est plus importante et atteint les tests qui tiennent.

L'extrême lenteur à la reproduction des signes du code (4/67) marque la presque incapacité d'apprentissage.

Rorschach de 15 réponses.

La stéréotypie animale marque la régression affective. On note de l'anxiété (2 clob).

Une abstraction (atmosphère pl.VII) et une réponse position (pl. X), la labilité des couleurs peuvent être un élément schizophrénique ainsi que l'attitude du malade vis-à-vis des planches qu'il ne prend jamais.

Pendant l'examen le regard est très souvent fixe. L'intérêt et l'effort sont médiocres.

E.E.G. normal.

- Obs.n°15 - MIL... Roger-Louis, 33 ans.

Schizophrénie

Né en 1916 - Père mort en 1918 ; donc défection parentale. Les parents sont lyonnais. Un oncle aurait été psychopathe. Beaucoup de tuberculeux également. Le grand-père du jeune homme était minotier à Lyon : des 3 fils, 2 (Joseph et Louis) sont fabricants de pâte, le troisième, Jules, père du malade, ne faisait rien et s'est ruiné en spéculant et menant une vie d'oisif mondain . Il bégayait. La mère a vécu maritalement avec son mari de 1901 à 1916. Une fille nait en 1914 ; puis deux autres enfants, jumeaux, viennent en Juin 1916,et le mariage a lieu en Août 1916. La famille s'était opposée de toutes ses forces à

cette union, qu'elle considérait comme une mésalliance, mais qui dut se conclure par la naissance des enfants. Veuve et sans fortune, la mère pour élever ses enfants a dû travailler comme infirmière.

De 8 à 16 ans le jeune homme a été élevé en pension religieuse à Toulon et Nice. Puis en 1934, toute la famille vient à Grenoble, où il suit des cours d'électro-techniques.

Le malade a toujours été fragile : pré-tuberculeux. Mobilisé par la guerre. Le début de la psychose se place le 27 Janvier 1942, par une fugue. Soigné à Champvert, par cardiazol, avec amélioration ; puis rechute, avec hospitalisation à Meyzieux, puis Saint-Robert, où il est interné depuis cette époque. En 1945, sort en permission : promenades interminables, avec actes symboliques (donne le journal aux lapins, gifle une alsacienne dans le car, parce qu'elle avait un fort accent allemand ; or le frère jumeau du malade a été déporté. Cette femme porte plainte, il est réintégré à l'Asile et depuis il n'en sort plus.)

Transféré au Vinatier le 9 Décembre 1948 avec le diagnostic de schizophrénie passée à l'état chronique avec incohérence complète et impulsivité.

Pendant l'observation d'un mois, qu'il a subi au Vinatier avant l'intervention, nous avons pu constater :

1°) une incohérence complète, qui empêche tout contact et qui est une forme d'agressivité et de refus vis-à-vis de l'entourage.

2°) une certaine impulsivité agressive (lance son repas après le personnel, vide ses urines sur la valise d'un autre malade).

3°) un besoin de s'isoler, de fuir les lieux où il se trouve.

4°) une hostilité tyrannique vis-à-vis de la mère.

5°) une homosexualité : se masturbe plusieurs fois par jour et quand il éjacule appelle l'infirmier ; ou bien lui montre le résultat.

Première lobotomie le 14 Janvier 1949

Deuxième lobotomie le 28 Janvier 1949

Très rapide amélioration du comportement. Les rapports avec la mère changent : la tyrannie brutale d'autrefois fait place à une certaine gentillesse un peu acerbe et ironique.

Sort le 21 Mars 1949. La réadaptation se produit progressivement.

Le 15 Juin 1950 un E.E.G. montre une comitialité électrique : "Tracé de comitialité d'origine sous-corticale avec seuil cardiazolique très bas. Cet aspect électrique s'inscrit contre l'origine opératoire de cette épilepsie." (Docteur Courjon).

Nous n'avons malheureusement pas revu ce malade mais sa mère nous a appris que depuis son opération : "il va très bien, il est marié depuis 8 ans, il a un petit garçon de 7 ans, il travaille dans une usine depuis son opération et donne entière satisfaction. Il ne boit ni vin, ni alcool, fait ses devoirs religieux, il est secouriste de la Croix-Rouge, il a gardé toute son éducation première et ne dit jamais un mot déplacé !!! " Ne prend aucun médicament.

- Obs. n°16 - CAM... Francis, 25 ans.

Schizophrénie

Parents dans l'enseignement. Aucune hérédité signalée. Né le 5 Septembre 1923 à Grenoble, fils unique. Pas d'anomalies de la naissance, ni de l'enfance. Mais élevé dans la chambre de ses parents jusqu'à 10 ans , puis dans celle de sa tante jusqu'à 16 ans. Fait de bonnes études. Réussissant bien. Préparait l'Ecole Centrale de Paris.

Les troubles mentaux ont commencé les 29-30 Août 1942, brusquement, alors qu'il préparait son bachot de Philosophie, en même temps que son admission à l'Ecole Centrale. Sa santé physique avait déjà un peu souffert et il était obligé de vivre à la montagne, où il prenait des leçons particulières.

Depuis le début de sa maladie a été soigné par plusieurs médecins dans plusieurs maisons de Santé et Hôpitaux Psychiatriques (Saint-Robert est le dernier). Tous les traitements psychiatriques habituels ont été appliqués:(cardiazol, électro-chocs, chocs thermiques, insuline, narco-analyse). Pas de résultats vraiment acquis depuis bientôt 7 ans. Les parents décident de le faire opérer et le font admettre pour ce motif au Vinatier le 1er.Novembre 1948.

Ce jeune homme ne présente aucun délire. Tout le trouble réside dans le comportement, qui est toujours une situation de fortune (fuite, détournement, recul ; ou bien au contraire essai peu convaincant et infructueux de s'accrocher ; ou bien encore ironie, gêne, maladresse timide). Une des meilleures façons pour lui de se tirer d'affaire, surtout avec ses parents, c'est la répétition concrête : il répétait (ce sont les parents qui le disent) des scènes, qu'il avait vécues dans sa vie asilaire, de telle sorte que les parents savaient tout ce qui se passait, par ce film mimé par leur fils.

Tout ce trouble du comportement, marqué par une gêne insurmontable pour entrer en contact avec les autres, se retrouve dans les propos du malade "Je suis l'objet d'occultation à tout instant à mon insu..., il ne faut pas que je me laisse distraire... , il faudrait être résolu à créer un différend pour voir plus largement les choses..., je suis responsable en infériorité envers tout ce monde actif qui m'entoure... Il n'y a que cela qui compte : il ne faut pas laisser pénétrer la tristesse, voyons... je ne peux entrer en communication avec les autres : c'est ce que j'appelle le rêve... mon état normal est limité à une certaine limite que je ne peux pas franchir... etc... "

Parfois cet apragmatisme social se solutionne par une compensation de révolte et d'inflation personnelle, avec tentative d'actes dangereux pour lui-même et pour les autres.

Très bon état général.

Lobotomie le 7 Février 1949.

Deuxième lobotomie le 21 Mars 1949.

Chez ce malade, l'entêtement des parents à obtenir une guérison a été remarquable (tout autant que le fait qu'il a couché dans leur chambre jusqu'à 16 ans et qu'il est fils unique).

La réadaptation fut très progressive en un mois (suivie jour par jour par la mère qui sut peut-être éviter d'être trop captatrice).

La reprise précoce des études lui permit de passer 4 certificats de licence de Géologie. Apprend l'Allemand et l'Anglais.

Depuis deux ans, ingénieur chez Neyrpic.

Possède une voiture. N'a jamais eu d'accidents. Sa mère étant décédée en 1954 (paralysée),vit avec son père, en retraite,et sa tante de 84 ans. C'est lui qui a pris le commandement (c'est d'ailleurs sa carte de visite que l'on trouve sur la boîte aux lettres).

A l'examen, parfaitement normal avec cependant une discrète tendance au rationnalisme. Ne fume pas "parce que ça fait perdre du temps".

Trouve que sa situation n'est pas ce qu'elle devrait être. Discrètement hypochondriaque.

Pas d'épilepsie.

- Obs.n°17 - BARD... Jean, 30 ans.

Schizophrène

Né le 28 Mars 1919. N'a pas connu son père, mort de tuberculose pulmonaire. Elevé, ainsi que ses deux frères, par la mère, à laquelle il est attaché d'une façon exclusive. Très tendre et caressant dans son enfance: c'était le meilleur de la famille, mais avec de temps en temps des réactions sado-masochiques extraordinaires (essais de mutilation).

Période scolaire normale : travaillait très bien. Puis fait le métier de bûcheron.

Les troubles mentaux ont débuté en 1942. Interné plusieurs fois à l'Hôpital psychiatrique de Bourg et du Vinatier. A subi tous les traitements psychiatriques classiques ; améliorations passagères seulement.

La caractéristique de cet homme est l'inquiètude avec une tension psycho-motrice énorme, dont le sens est la défense : opposition farouche au traitement, négativisme intense, insultes, plaintes, agitation offensive dangereuse (brise des objets pour s'en faire des armes, mord), évasion, longue correspondance douloureuse avec sa mère où il supplie qu'elle vienne le chercher, insulte les siens. La physionomie est souffrante, inquiète, exprimant la tristesse. Les améliorations après traitement, en particulier par l'insuline, se sont toujours sanctionnées par un appétit énorme et une augmentation considérable de poids (vole la nourriture des autres). L'humeur est alors paisiblement gaie (chante). Mais les rémissions sont de courte durée, et rapidement il rend la vie impossible aux autres. Bon état général.

Lobotomie le 7 Mars 1949.

S'améliore à tel point après sa première lobotomie qu'il sort un mois après son opération le 13 Avril 1949 et reprend son métier de bûcheron. Mais la rechute se produit un mois et demi après et nécessite sa rehospitalisation.

Deuxième lobotomie en Juin 1951, sans résultats. A ce jour il "est resté un schizophrène incohérent, inactif et très impulsif malgré le traitement ganglioplégique dont il a de bonnes doses. Il est quelquefois particulièrement agité à son réveil, et c'est l'un des très rares malades dont il faille parfois sangler les poignets... " (Docteur Flot)

- Obs.n°18 - GOUB... Jean.

Catatonie greffée chez un débile épileptique

Né le 25 Février 1925 . Hérédité chargée : un grand oncle maternel interné, une tante paternelle décédée de psychose post-puerpuérale.

Défection parentale : père décédé quand le malade avait trois ans, mère remariée avec un psychopathe (ayant fait une T.S. en 1953).

Débile ayant peut-être présenté une encéphalopathie (atrophie cérébrale à la P.E.G.)

Début des troubles en 1945 nécessitant plusieurs mois de séjour en clinique : épisode dépressif traité par E.C. Après la sismothérapie, apparition de crises épileptiques très fréquentes et de troubles caractériels. Plusieurs tentatives de suicide.

Hospitalisé en 1948 au Vinatier.

Evolue alors comme un catatonique. L'agitation clastique est si considérable et l'anxiété sous-jacente que le malade, camisolé depuis six mois est opéré:

Topectomie le 14 Mars 1949.

Très amélioré, sort en Avril 1949 et travaille comme ouvrier agricole.

En 1952, nouvelle rechute avec tentative de suicide et idées d'auto-accusation qui nécessite son hospitalisation jusqu'en 1956 entrecoupée d'une sortie de 7 mois en 1954.

Le 1er.Février 1956 : décès par pendaison.

Chez ce malade le rôle du climat familial psychogène est manifeste. L'attitude de rejet a été constante tout au long des différentes hospitalisations. Le malade a perpétuellement dirigé contre lui-même son agressivité contre la mère en un véritable "vertige de mort" qui trouve sa conclusion "logique" le 1er.Février 1956.

Sa catatonie ne fut pas améliorée par les traitements neuroleptiques entrepris depuis 1953.

Sa pendaison intervint sous traitement au Largactil (300 mgr).

Examen Psychométrique : 27 Février 1952 : Age mental de 12 ans au Binet-Simon. Inhibé et très émotif.

- Obs.n°19 - BALD... Emile,

Hébéphrénie

Né le 23 Novembre 1909 en Italie.

Défection parentale : père mort tuberculeux, I frère et I soeur décédés de la même maladie. Un oncle s'est suicidé à l'âge de 28 ans.

Enfance normale - Ouvrier dans une fabrique de chaussures.

A 21 ans, fracture de la base du crâne avec troubles méningés. Reste par la suite assez triste.

Début des troubles très progressif en 1935 avec un tableau de mélancolie atypique nécessitant une première hospitalisation du 13 Février au 18 Juillet 1936, puis du 24 Janvier 1937 au 15 Avril 1942.

Sorti il retravaille de façon épisodique, mais l'apparition d'une nouvelle rechute fait pratiquer une leucotomie le 30 Mars 1949. Agitation violente persistant quelques mois.

Sort très amélioré en Décembre 1949.

Rechute en 1951 : avec agitation et incohérence. Est resté depuis à l'Hôpital.

Très discordant, rires immotivés et niais à tout ce qu'on dit : est donc resté un grand schizophrène obése, actuellement très détérioré.

Pas de troubles du comportement.

Prend trois comprimés de Théralène par jour et travaille régulièrement et efficacement.

Présente des accès délirants épisodiques.

Rorschach : impossible.

E.E.G. : troubles discrets de la vigilance.

Pas de séquelles électriques de la lobotomie.

Wechsler-Bellevue

Echelle verbale	Q.I. = 71
Echelle pratique	Q.I. = 91
Echelle complète	Q.I. = 79

La mémoire des acquisitions scolaires est à peu près nulle sauf en calcul mental, les automatismes sont bien conservés et le malade résoud rapidement tous les problèmes simples de calcul mental.

On ne peut obtenir aucune répétition de chiffre et aucune réponse de jugement, le malade ricane et ne dit rien.

Aux épreuves pratiques le malade identifie les formes simples en hésitant, Il doute de ses réponses.

Les assemblages d'objets sont tous réussis, le malade est capable de voir un ensemble, de l'organiser.

Il n'y a pas de trouble de structuration visuo-spatiale, tous les cubes de Kohs sont réussis, les deux dernières épreuves, plus complexes, au-delà du temps limite.

On note de la lenteur mais un intérêt plus grand pour ces deux dernières épreuves manuelles, il y a plus de rires et la réussite surprend un peu.

Il semble que le malade comprenne bien les consignes exprimées concrètement mais il réalise moins bien et parfois pas du tout les sollicitations verbales.

Grande lenteur à la reproduction des signes du Code qui signe l'incapacité d'apprentissage (11/67) .

Il n'y a pas d'indice de détérioration, les tests qui "tiennent" comme "l'information" et le "jugement" étant déjà atteints par la détérioration.

- Obs.n°20 - TRU... Gabriel, 32 ans.

Manie intermittente

Lourde hérédité psychopathique. La mère a été internée 1 (mélancolie) 2 cousins maternels psychopathes, dont un interné (schizophrène). Enfin son frère est également interné (schizophrène).

La mère est morte. Le père s'est remarié. De ces deux mariages, il y a eu 12 enfants dont 7 morts.

Début des troubles en 1934 à 18 ans. Depuis ce moment, à part deux courtes périodes où il peut sortir, il est resté au Vinatier avec de temps en temps des accès prolongés d'excitation où il devient extrêmement bruyant, arrogant, querelleur et destructueur.

Sur sa demande, lobotomie le 13 Mai 1949 et il décède le 18 Mai 1949 avec une hémiplégie droite, coma et hyperthermie.

- Obs.n°21 - KOZ... Nicolof, 37 ans.

Catatonie

Né le 22 Mai 1912, sujet polonais.

Entré le 5 Juin 1941, venant de l'Hôpital militaire de Desgenettes, où il avait été admis comme prisonnier, rapatrié d'Allemagne. Il n'y a pas d'autres renseignements sur la vie antérieure et les antécédents de cet homme.

A son admission stupeur catatonique avec refus d'aliment, qui cède à quelques injections de cardiazol, pour faire place à un état de subagitation hostile et agressive. Par la suite passe par des périodes prolongées d'inertie muette, suivies d'autres où il proteste bruyamment dans sa langue. Il a passé ainsi des mois d'immobilité, roulé dans ses couvertures ou couché dans la poussière : extrêmement hostile dès qu'on voulait s'approcher de lui. Ce comportement de défense agressive s'accuse encore par la suite et ce ne sont plus seulement des vociférations en polonais, mais des coups et des morsures qu'il faut attendre de lui. Isolé dans une cellule, caché sous un tas de paille (car il déchire tout), il est là seul, comme un animal dangereux. Les moyens thérapeutiques habituels (chocs convulsivants et chocs thermiques) ont échoué complètement. Il n'y a plus aucun moyen d'aborder cet homme, dont le comportement n'exprime qu'une haine bestiale.

Lobotomie le 27 Mai 1949.

Entraînant une transformation progressive du comportement. En deux ans, commence à travailler à l'ergothérapie. Est actuellement devenu un malade en qui l'on peut avoir toute confiance, abattant avec plaisir une somme de travail importante. Il n'est resté autiste qu'avec les médecins qu'il refuse de voir, de

même qu'il refusa l'examen psychologique :"je ne suis pas malade". Mais excellent contact avec les infirmiers et les malades.

E.E.G. : tracé normal.

- Obs.n°22 - VOLL... André.

Schizophrénie

Premier séjour du 14 Mai au 23 Octobre 1948 : sorti avec une légère amélioration.

Nouvelle hospitalisation le 20 Novembre 1948.

Diagnostic : schizophrénie.

Parents séparés depuis 10 ans : père alcoolique avec réactions sadiques, meurtrières vis-à-vis de la mère.

La grand'mère paternelle présentait des troubles épisodiques.

Un grand-oncle paternel, frère de la mère du père, a été condamné aux travaux forcés à perpétuité, pour viol d'une vieille femme qu'il dépouilla ensuite et incendia dans son lit, pour détruire les traces du crime.

Du côté de la mère, il y a un cousin germain qui s'est suicidé par pendaison.

Les parents sont cousins germains.

La mère vit seule à Francheville, parce qu'elle ne peut rester à la maison dont la direction a été prise par le fils aîné qui opprime les autres et les frappe. Le père est encore là mais ne joue plus aucun rôle.

Le malade ne pouvant supporter l'oppression du frère aîné, s'engage dans la coloniale à 19 ans, alors qu'il n'avait jamais quitté le pays. Envoyé en Indochine - C'est là que commence la schizophrénie, avec idées de persécution, incohérence, négativisme, agitation. Traitement par électro-chocs et cardiazol.

Renvoyé en France en Mai 1948, hospitalisé à l'Hôpital de Desgenettes, puis au Vinatier.

Perpétuellement sur la défensive, dans la crainte qu'on lui fasse quelque chose. Prêt à frapper, et si l'on insiste, par exemple pour les soins de propreté, il passe aux coups. Isolé dans une cellule, il passe des nuits et des jours à hurler des imprécations ; ou bien se met à danser frénétiquement en chantant des rythmes. Refus de tout vêtement et de drap de lit. Vit couché sur le matelas, sous une seule couverture, hirsute. De temps en temps, période de détente, où il reprend confiance, donne la main et accepte les soins. Refus prolongé de manger de la viande, sous prétexte que c'est de la viande humaine. Pressentiment qu'on doit le "charcuter".

Première lobotomie le 9 Décembre 1949.

Deuxième lobotomie le 7 Mai 1951 . N'a pas quitté l'Hôpital depuis.

Suit un traitement de ganglioplégiques à faible dose et se comporte normalement dans l'Hôpital.

Si les conditions sociales le permettaient, il pourrait sortir.

En effet sa mère refuse de le reprendre.
Reste un peu indifférent - Mais réponses bien adaptées.
Projet de sortie assez cohérents; cependant cette sortie a toujours été repoussée en raison d'un délire à thèmes sexuels obsédants et de sa propension à boire.

Wechsler-Bellevue

Echelle verbale	Q.I. = 93
Echelle pratique	Q.I. = 88
Echelle complète	Q.I. = 90

La mémoire des acquisitions scolaires est moyenne (11/20), le malade est capable de calcul mental simple.

La mémoire immédiate est un peu faible surtout pour les chiffres à l'envers.

Le jugement est assez bien conservé (en paroles tout au moins) en ce qui concerne le domaine des situations concrètes.

Aux épreuves pratiques, le malade identifie bien les formes.

Il existe des troubles de structuration visuo-spatiale, une tendance à la persévération, le malade voit un ensemble avec difficulté, il réussit les assemblages par essais et erreurs plus que par une compréhension immédiate de la figure. Il critique mal ses erreurs.

Lenteur à la reproduction des signes du code qui signe la faible capacité d'apprentissage (17/67).

Détérioration de 29 % compte-tenu de la détérioration physiologique normale.

Rorschach pauvre de 5 réponses et 5 refus dont on ne peut dire grand chose si non qu'il n'est pas "normal" et que les êtres humains sont interprétés comme des "statues".

Une tête de diable peut être un élément de culpabilité.

E.E.G. : signes de souffrance bifrontaux (sharp-waves) augmentés par l'hyperpnée : signes discrets de souffrance dans les régions frontales, séquelles probables de la lobotomie.

Cliniquement : pas de crises.

- Obs.n°23 - PERR... André, 19 ans.

Hébéphrénie-Catatonie

Né le 18 Mars 1930.

Mère psychopathe, père paralysé depuis plusieurs années, tante maternelle soignée en clinique psychiatrique, grand-père paternel suicidé par noyade.

Enfance normale - Etudes brillantes. En 1948 rate son deuxième baccalauréat.

Début des troubles le 5 Août 1948 : casse tout chez lui, méconnaissance systématique portant surtout sur sa mère, verbigération schizophrénique.

Entre Août 1948 et Décembre 1949, nombreux traitements dans de nombreuses cliniques, tous suivis de rechute immédiate.

Lobotomie le 13 Décembre 1949. C'est alors qu'il est placé au Service Libre où l'on note un comportement homosexuel passif et une boulimie importante.

S'améliore très progressivement.

Rentre chez lui, début 1951. Rechute quelques mois après.

Actuellement hospitalisé à l'Hôpital Saint-Georges à Bourg où l'on note : "est un schizophrène autiste très passif et d'une présentation très infantile qui s'est livré parfois à des petites activités scolaires très rudimentaires, ou manuelles : tissage de raphia, ou autre, mais qui reste un grand désadapté docile. - Il va passer quelquefois des vacances sans histoire chez sa tante à Lyon". (Docteur Flot)

- Obs.n°24 - ZAR... Jacques, né en 1894.

Manie intermittente

Sujet israëlite, né en Turquie. On sait peu de choses sur ses antécédents, sinon que sa mère s'était remariée en France et avait élevé ses enfants plutôt mal que bien .

Premier accès maniaque en 1914. Puis longue accalmie pendant laquelle il se marie et a une fille (actuellement psychiatre). Sa femme le quitte au bout de 3 ans de mariage.

Etait à ce moment marchand-forain.

De 1928 à 1940 : dix hospitalisations, chaque sortie étant suivie de la survenue d'un grand accès maniaque.

On est donc obligé de le garder sans interruption à l'Hôpital jusqu'au 30 Janvier 1950, date de sa lobotomie.

Depuis cette date, n'a plus présenté de crises.

Reste à l'Hôpital comme cas social (s'y trouve depuis 32 ans !)

Jovial, euphorique, a une vie très organisée à l'intérieur du service.

- Obs.n°25 - PERR... Georges, 34 ans.

Catatonie

Renseignements génétiques insuffisants.

Parents morts, père en 1936 (coeur), mère en 1940 (tuberculose) - Il reste deux enfants : une soeur beaucoup plus jeune que lui, élevée dans une pension religieuse, et lui, élevé par sa grand'mère puis par son oncle (homosexuel). Il occupe le logement de ses parents. Depuis le décès de sa mère, ce jeune homme, qui avait autrefois un certain niveau social (employé de soierie, caporal-chef pendant la guerre), se laisse progressivement aller. Un état de dépression s'empare de lui à partir de 1941 : il réagit de moins en moins contre les difficultés de l'existence, vit dans un taudis, se laisse mourir de faim et arrive ainsi au Vinatier le 5 Juin 1943 où on le garde jusqu'en Septembre de la même année.

Nouvelle admission de Juillet à Septembre 1948. A cette époque sa soeur, sortie du pensionnat, habitait avec lui depuis 3 ans ; querelles graves, car le ménage frère et soeur n'allait pas du tout : lui démolissait le mobilier, déchirait la tapisserie, laisse tout aller à la dérive, ne fait pas son lit, accumule la poussière et les détritus. Il ne travaillait pour ainsi dire plus: déchéance totale . Repris par sa soeur, il n'y eut aucune amélioration : vivait en haillons et faisait des scènes tumultueuses à sa soeur, qui en a peur.

Nouvelle admission en Novembre 1948 : apathique, autiste, impulsif (enfonce les vitres, lance sa soupe dans la salle), colères brusques, catalepsie.

Des traitements par chocs thermiques, électriques, insuliniques (64 comas) n'ont amené que des apaisements et des réadaptations tout à fait passagers.

Lobotomie le 15 Mars 1950.

La réadaptation est par la suite très progressive.

En 1955, envoyé en Maison de Repos.- Mais sa soeur refusant de s'en occuper, revient en Service Libre où il se trouve encore actuellement.

Est devenu un "bon malade" chargé de responsabilités à l'intérieur de l'Hôpital. - Devenu un cas social beaucoup plus qu'un cas pathologique.

Weehsler-Bellevue

Echelle verbale	Q.I. = 93
Echelle pratique	Q.I. = 96
Echelle complète	Q.I. = 94

La mémoire des acquisitions scolaires est moyenne (11/20)

Le malade est capable de calcul mental simple.
La mémoire immédiate est insuffisante.
Le jugement est très faible, infantile ou inexistant.

Aux épreuves pratiques le malade identifie assez bien les formes.

Troubles de structuration visuo-spatiale importante, difficulté pour voir un ensemble et l'organiser.

La reproduction des signes du code (22/67) est lente mais peut permettre une certaine capacité d'apprentissage.

Détérioration de 16 % compte-tenu de la détérioration physiologique normale.

Rorschach pauvre de 10 réponses avec une persévération anatomique qui envahit presque tout le protocole (sauf une réponse animale bien vue mais banale) et signe le caractère pathologique.

Toutes les interprétations sont des globalisations, 2 Dbl G révèlent d'habitude une insatisfaction centrale un élément de castration mais dans ce protocole on ne peut savoir si ce sont des Dbl G, le malade interprète toute l'image à toutes les planches. Par l'analogie des formes il semble pourtant que les Dbl G des pl.II et VII (vessie et vésicule biliaire) puissent être vraiment l'indice d'un élément de castration dans la personnalité du malade.

E.E.G. : Syndrome d'hyperexcitabilité cérébrale.

Pas de séquelles de la lobotomie.

- Obs.N°26 - CAZ... Ghislain, 30 ans.

Obsédé

Grand-père paternel ataxique. Père anormal instable.
Divorce des parents en 1921 . C'est la mère qui élève les 3 enfants.
Elle se remarie en 1931.

L'enfance du malade a été pénible ; il était en rebellion constante, surtout contre la mère, qu'il commence à frapper étant tout jeune. Cette obsession à frapper n'a fait que s'accentuer par la suite, l'éloignant de plus en plus de toute occupation normale. Cette tentation ne se fait sentir qu'en situation de contrainte, c'est-à-dire en face d'une personne adulte, qui lui est supérieure et l'oblige à un certain comportement, suivant les nécessités et les conventions : par exemple pour manger, s'il est obligé de tendre son assiette à l'infirmier, il le frappe. Le coup est toujours une gifle, après laquelle il éprouve un sentiment de honte. Si au contraire, il se met délibérément dans une situation gratuite, qui lui est disponible, il se sent à son aise et ne frappe pas. L'appel par son nom patronymique lui est extrêmement pénible et le met immédiatement en instance de frapper. Il ne frappe jamais les enfants, les vieillards ou les bêtes.

Cette obsession-phobie lui rend la vie impossible : Tous les actes de la vie, tous les contacts sociaux sont des occasions obsédantes et il doit se surveiller constamment, ce qui le met dans un état de tension intolérable. Dans le service il vit en reclus dans sa chambre et ne se laisse pas raser.

D'une famille aisée, il a été soigné de bonne heure dans des maisons d'éducation et homes d'anormaux et vu par nombre de psychologues et de psychiatres. Il a même subi 18 séances d'analyse sans résultat .

Niveau intellectuel : adulte moyen.

Dans l'impossibilité de faire des études normales, sans situation, il échoue finalement dans une auberge de jeunesse où il fait le domestique. Mais là encore il a l'occasion de frapper les abbés qui l'emploient.

Réclame l'intervention à tout prix.

Topectomie le 24 Mai 1950.

Les suites immédiates sont caractérisées par des taquineries continuelles durant un mois.

Puis les suites sont simples : sortie en Juillet 1950.

Eprouve de grandes difficultés à se resocialiser.

Sans argent, sans logement, seul dans Paris, tous ses efforts aboutissent à un échec.

Revient se faire hospitaliser le 9 Juin 1951 jusqu'au 17 Janvier 1952 (amélioré par psychodrame et ergothérapie).

Nouvel essai de resocialisation manqué .

Depuis cette époque et jusqu'en 1948 vit à la Colonie Familiale d'Ainay-le-Chateau où tous les traitements neuroplégiques entrepris n'ont apporté aucune amélioration à son état, si bien qu'il est interné à l'Hôpital Psychiatrique de Vaucluse le 10 Avril 1958 :

" Son état s'est réellement amélioré à partir du moment où l'on a tenté une réadaptation à la vie normale sous forme de travail au dehors avec logement soit à Paris, soit à l'Hôpital Psychiatrique suivant son état. Cette tentative se poursuit depuis deux ans et a abouti à une profonde amélioration de son état, dans la mesure où il contrôle maintenant parfaitement ses obsessions-impulsions à frapper qui sont d'ailleurs devenues beaucoup plus rares". (Docteur Delteil)

E.E.G. normal.

Pas d'affaiblissement intellectuel notable.

Homosexualité constatée en 1958. Notée comme latente auparavant.

- Obs.n°27 - BOU... Louis, né en 1906.

Schizophrénie

Parents : retraités des affaires.

Fils unique - Bachot complet (Anglais-Espagnol) - Très gentil - Epris d'une jeune fille : ses parents empêchent le mariage.

Puis vit à Paris, avec ses parents. - Service militaire à Paris - Puis travaille chez un cousin fourreur (abandonnant ses études) .

C'est à ce moment qu'il s'éprend de cette jeune femme (perverse et homosexuelle): sa mère le lui révèle : "Moi vivante, tu ne l'épouseras pas". Très catastrophé. Peu après, début des troubles : dépression : pleurait, se croyait perdu. - Consultation : non malade - Devient fugueur : couchait dehors, revenait transi, trempé au bout de plusieurs jours. Parfois sa mère le retrouvait et lui portait à manger. Devient un peu clastique - Puis rémission de quelques jours et repartait :"Besoin de la nature, de la liberté". Préférence pour la montagne - Ses fugues s'aggravant, mis en clinique : 18 mois - Repris 18 mois puis placé à Saint-Georges en 1934.

Mis au monde dans de mauvaises conditions : fracture d'un bras et d'une jambe. Reste 3/4 d'heure en état de mort apparente.

Nourri au sein par une nourrice pendant 11 mois.
Elevé ensuite par ses grands parents maternels jusqu'au certificat.
Puis mis en pension.

Très bon élève (concours général). Rougeole grave à 20 ans.

Accident de moto avec coma.

Hospitalisé à Bourg de 1934 à 1949, présente des périodes d'exaltation clastique avec fugue entrecoupées de brèves accalmies où il redevient lucide et calme.

Les Electro-chocs n'amènent que des améliorations passagères.

Lobotomie le 26 Juin 1950.

Suites simples mais résultat insuffisant pour permettre la sortie.

Un Rorschach pratiqué alors fournit 14 réponses anatomiques.

Deuxième lobotomie le 24 Novembre 1951.

Décès le même jour par ramollissement cérébral.

- Obs.n°28 - SOK... Casimir, né en 1922.

Schizophrénie Paranoïde

Interné d'office en Novembre 1950 parce qu'il avait présenté une crise d'agitation violente dans un commissariat.

Sujet polonais en France depuis 1947 - Il semble avoir beaucoup souffert dans les régimes allemand puis russe.

Sa connaissance imparfaite du français n'a pas permis d'interrogatoire, d'autant que toute conversation en polonais et surtout en allemand réveille chez lui une agressivité extrêmement dangereuse.

Présente un délire paranoïde très intense à thèmes de persécution. Voit en tout le monde, et tout particulièrement en le médecin, un agent des soviets. Reste extrêmement autiste et halluciné : ses répliques vigoureuses ébranlent le pavillon. D'une grande force musculaire, ses agressions le rendent très dangereux.

Lobotomisé le 27 Juin 1951.

Le résultat fut absolument nul.

Tous les traitements essayés depuis furent un échec.

Nous l'avons connu sous traitement par Largactil (1.500 mgr.), d'une sthénicité et d'une violence extrême dès qu'une hallucination ou la vue d'une blouse blanche viennent le sortir de son autisme.

Participe cependant à l'ergothérapie.

E.E.G. : tracé normal.

Il est certain qu'ici le problème de la langue est capital, empêchant tout contact , toute socio. ou psychothérapie valable : est resté le seul malade du service qui fasse peur.

- Obs.n°29 - GEN... Marius, né en 1930.

Hébéphréno-Catatonie

Père épileptique , un frère jumeau bivitellin, débile épileptique, décédé au Vinatier en 1944.

Parents divorcés en 1940. Elevé par ses grands-parents maternels.

Par la suite sa mère a plusieurs amants qu'elle amène coucher dans l'appartement où elle habite avec son fils (dans l'alcôve de la salle à manger où il couche). - Travaille comme serrurier.

Début des troubles en Avril 1948, étiquetés - Psychasthénie avec synesthésie.

Lobotomie le 19 Avril 1949 (Docteur Ricard).

Hospitalisé le 14 Mai 1949 au Service Libre , il en ressort le 15 Juillet.

Essai de travail quelques jours, puis traîne chez lui sans retravailler.

Rechute nécessitant son retour le 18 Février 1950 puis son internement. Agressif, avec un délire paranoïde à thèmes homosexuels et impulsions clastiques.

Une pyrétothérapie puis une cure de Sakel de 93 comas n'amènent qu'une amélioration transitoire.

Reprise de la lobotomie à gauche (suivie d'une discrète hémorragie) le 9 Juillet 1951, à droite le 17 Juillet 1951.

Amélioration importante.

Mais rechute complète au bout de quatre mois.

Hospitalisé en clinique puis au Vinatier jusqu'en Septembre 1959 : séjour entrecoupé de sorties de quelques mois où il reprend un petit travail. Il a été très amélioré par les Neuroleptiques (Largactil). A chacune de ses rechutes extériorise les mêmes préoccupations : que deviendra-t-il quand ses grands-parents disparaîtront ? Il ne peut pas travailler .

Actuellement est sorti depuis un an. Vit chez ses grands-parents et vient seul aux consultations.

Obèse, euphorique, sans moria, syntone, il fait vite des multiplications fausses. - Un peu niais -.
Travaille 8 heures par jour comme laveur de voiture.

Prend 50 mg.de Largactil et 75 mg. de Nozinan.

Pas d'épilepsie.

- Obs.n°30 - CHAZ... Louis, né en 1921. Jardinier.

Schizophrénie Hébéphréno Catatonique

Mère soignée pour état mixte, hyperprotectrice.

Enfance normale, bon élève, doux et docile - Malingre -
Après une appendicectomie en 1938, devient solitaire et taciturne.

Réformé pour "déficit physique".

Hospitalisé du 26 Octobre 1941 au 3 Février 1942 pour un début maniaque de schizophrénie. - Très agressif et impulsif. -

Sort amélioré. Mais, ayant injurié des soldats allemands, déporté à Auschwitz puis Mauthausen de Février 1943 à Mars 1945 . Sur sa demande, après un essai de travail de deux mois, rehospitalisé le 28 Décembre 1945 où l'on constate que le danger vital courru en Allemagne l'a plutôt amélioré.

Sort le 10 Janvier 1946. Ne retravaille pas régulièrement.

Troisième hospitalisation le 20 Février 1948 : malade très sale et agressif, impulsif. S'introduit de nombreux objets dans l'anus. Activité clastique.

Echec du Thi-Lip, d'une impaludation et d'une cure de Sakel de 53 comas .

Lobotomie le 19 Octobre 1951. Enurésie deux mois .

Amélioration très progressive et régulière permettant la sortie le 12 Juin 1953.

Depuis le malade n'a pas repris de travail régulier. Vit de sa pension, avec sa mère.

A présenté quatre rechutes nécessitant des hospitalisations de courte durée, rechute ne présentant pas le caractère de gravité de l'affection antérieure et rapidement maîtrisée par les neuroleptiques (Nozinan).

Le malade est souriant, paraît heureux de passer les tests, a un certain contact.

Au Wechsler-Bellevue

Echelle verbale	Q.I. = 90
Echelle pratique	Q.I. = 74
Echelle complète	Q.I. = 82

Différence importante (16) entre le domaine verbal et le domaine pratique en faveur du premier qui signe la présence d'un élément suspect.

La mémoire des acquisitions scolaires est assez bonne, la mémoire immédiate juste suffisante.

Le jugement est atteint mais le malade est encore capable d'un petit bon sens, du moins en paroles. Des réponses révèlent le désintérêt, l'insouciance.

Troubles de la structuration visuo-spatiale.

Arrangements absurdes aux assemblages fréquents dans les maladies organiques du cerveau.

Lenteur à la reproduction des signes du code qui signe la difficulté d'apprentissage.

Rörschach pauvre de 11 réponses. Toutes les réponses sont des globalisations, une persévération de thème marque la rigidité de la pensée.

Des "cloh" révèlent un facteur anxieux et des "mouvements explosifs" la capacité de décharges impulsives.

E.E.G.: important syndrome d'hyperexcitabilité cérébrale.

Pas de séquelles de la lobotomie.

- Obs.n°31 - CRO... François, né en 1891 . Garçon de Café.

Manie intermittente

Sujet italien interné le 24 Mai 1930 pour un grand accès maniaque.
Avait déjà été interné en Italie - Ethylisme important -
Vivait seul à Lyon, toute sa famille, sur laquelle on a peu de renseignements, étant restée au pays.

Est toujours resté hospitalisé depuis son entrée dans le service, ses accès maniaques très rapprochés interdisant toute sortie.

Homosexualité active.

Lobotomie le 7 Novembre 1951.

Amélioration pendant un mois.
N'a pas représenté de nouvel accès, mais présentait un état d'agitation à minima bien calmé par les Neuroleptiques à dose faible.

Ictus et fracture du col du fémur en 1957. Nombreuses complications infectieuses.
Décès le 9 Janvier 1959 par ramollissement cérébral.

- Obs.n°32 - BOI... Claudius, 45 ans, Cheminot.

Schizophrénie Paranoïde

Hérédité génotypique et génotropique : le groupe humain auquel appartient cet homme est marqué par le suicide. De son côté, en effet, un cousin maternel se suicide à 20 ans par un coup de feu dans la tête pour raison sentimentale. Du côté de sa femme, un neveu, fils d'un frère de sa femme, se suicide à 16 ans, pour déception professionnelle. Le malade est donc le troisième suicideur de ces deux lignées.

Des deux côtés également se trouve un élément dépressif : sa mère a fait une dépression de 3 mois et la soeur de sa femme a eu un épisode de ce genre.

Enfin des deux côtés encore, on trouve un caractère religieux très marqué.

Evénement psychogène : Sodomisé à plusieurs reprises à l'âge de 12 et 13 ans en particulier par un prêtre - les traumas sexuels ont marqué définitivement la vie de cet homme et ont donné le sens de son destin, jusque et y compris l'opération ("il faut que la tête tombe").

Marié, père de 6 enfants.

Echec moral professionnel : chef d'équipe, il est dépassé par la situation, resquille et laisse les camarades resquiller jusqu'à ce qu'il soit rappelé à l'ordre.

Incarcéré pendant 15 jours à Montluc, en 1944, pour un sabotage de grue, il en sort inquiet, avec le sentiment d'avoir pu trahir ses camarades.

En 1947, nouvelle histoire de grue, à l'occasion de grèves: là encore il ne fait pas cause commune en raison de ses opinions. Considéré comme un traître, en particulier par un camarade qui connaît son passé homosexuel.

Quelque temps après, un matin de Décembre 1947, à 4 heures, il se tranche le cou avec son rasoir, en tenant son chapelet de la main gauche.

Recousu et interné le 29 Décembre 1947 : long épisode mélancolique avec sentiment de culpabilité intense, et en même temps, méfiance ; il n'avoue rien et se sent épié.

Chocs thermiques et électro-chocs - Sort très amélioré le 1er.Septembre 1948.

Malheureusement reprend son travail dans le même milieu, où tout est une allusion à sa faute passée: Il redevient méfiant, hostile aux siens, en particulier à sa femme, qu'il accuse d'être de la police.

Hospitalisé à nouveau le 9 Mai 1949 : aveu solennel - Il y a alors une certaine détente. Puis il devient de plus en plus délirant. Il repère dans sa vie toute une série de faits, réels, marqués de la fatalité homosexuelle (en particulier, il a été inscrit à la compagnie, sous un nom de femme, Claudia), et il en conclue qu'il est une bête malfaisante, que de tout temps on a voulu supprimer, parce qu'on savait. Tout a donc été organisé de longue date dans ce but et maintenant il attend la sentence : l'exécution capitale.

L'énorme conflit affectif qui marque la situation insoluble de cet homme justifie au maximum la lobotomie.

Lobotomisé le 1er.Juillet 1949.

Sortie précoce avec suites très simples.

Reprise du travail rapide, à la satisfaction de tous jusqu'en Octobre 1951.

Mais rechute progressive au cours de l'année 1951 marquée surtout par l'agressivité envers sa femme et l'importante activité sexuelle.

Délire de jalousie essentiellement.

Le rôle de l'éthylisme à minima semble majeur.

Rehospitalisé du 6 Novembre 1951 au 2 Février 1955, il sort très amélioré par un traitement de Largactil de 3 mois ; reprise rapide du travail.

Mais reprise aussi de l'éthylisme entraînant la rechute dès le mois de Mai 1956.

Rehospitalisé le 22 Juin 1956. Depuis bon comportement dans le service. Mais ne peut pas se tenir à son travail. Très dépendant : heureux en milieu protégé, se fait "gâter" par sa famille. Réponses bien adaptées. Euphorique - Comportement infantile. "Je suis un peu je m'enfoutiste" - Akathisique.

Le malade a un certain contact, paraît par moment tout heureux de passer les tests, se fige à d'autres moments.

Au Wechsler-Bellevue

Echelle verbale	Q.I. = 91
Echelle pratique	Q.I. = 89
Echelle complète	Q.I. = 89

Les résultats sont meilleurs dans le domaine verbal.

Mémoire des acquisitions scolaires moyenne (10/20)

La mémoire immédiate est faible, le malade n'est plus capable de calcul mental (résoud seulement les additions et les soustractions).

Il a gardé la capacité d'un certain jugement.

Aux épreuves pratiques : difficultés importantes de structuration visuo-spatiale, arrangements absurdes aux "assemblages" qui signent l'atteint organique du cerveau.

Détérioration de 35 % compte-tenu de la détérioration physiologique normale. Elle est en réalité plus importante parce que les tests qui "tiennent" (assemblages, jugement) sont atteints.

Rorschach de 13 réponses et 1 refus (VI)

L'activité formatrice est assez bonne, le malade est capable d'interpréter des détails bien vus.

L'affectivité est labile , primaire et anxieuse.

E.E.G.: tracé normal - Pas de séquelle électrique de la lobotomie.

- Obs.n°33 - M.TH... André, né en 1914.

Schizophrénie

Primitif au langage rudimentaire et aux connaissances réduites aux éléments les plus simples. Complètement analphabète.

Cultivateur chez ses parents, il entre dans le service en Novembre 1944, rapatrié d'Allemagne où il travaillait dans le cadre du S.T.O., chez des paysans.

Présente à l'entrée un tableau d'excitation maniaque, recouvrant une symptômatologie schizophrénique à thèmes anti-familiaux et anti-germaniques.

Vit plusieurs années cloîtré dans sa cellule, extrêmement autiste et impulsif. Très agressif.

Echec d'une pyrétothérapie, d'électro-chocs et d'une cure de Sakel de 100 comas.

Lobotomie le 6 Octobre 1952 .

Comportement moriatique pendant un mois environ, puis disparition des troubles du comportement. Depuis, reste bien tranquille dans son coin. Travaille à l'ergothérapie. Est devenu un "bon malade". Il persiste un délire très stéréotypé et incohérent, mal systématisé .

Wechsler-Bellevue

Le malade est très impressionné par les tests et sans doute par la présence de deux personnes.

Il ne semble pas que les résultats soient très valables dans le domaine verbal, le malade ne donne aucune réponse de calcul mental alors que l'infirmier dit qu'il ne se débrouille pas mal dans ses achats.

La mémoire des connaissances scolaires et la mémoire immédiate sont à peu près nulles.

Une seule bonne réponse de jugement peut être obtenue.

Aux épreuves pratiques, il n'y a pas de refus, mais le malade est très indécis, a peur de se tromper, les mains tremblent.

On note une difficulté d'identification des formes, des troubles de structuration visuo-spatiale, la difficulté à voir un ensemble et à l'organiser.

Le malade refuse la reproduction des signes du code.

Dans ces conditions on obtient pour

l'Echelle verbale	Q.I. = 58
l'Echelle pratique	Q.I. = 75
l'Echelle complète	Q.I. = 62

Le Rorschach n'est pas possible.

- Obs.n°34 - LUY ... Maurice, né en 1925.

Hébéphrénie

Troisième enfant d'une famille de six. Parents hyper-protecteurs. Enfance normale, très affectueux.

Echec au baccalauréat, puis deux ans d'Institut Commercial.

Début des troubles en 1947 : les traitements sismothérapiques et insulinothérapiques n'entraînent qu'une amélioration passagère.

Apparition de violences et de fugues.

Hospitalisé dans le service du 27 Octobre 1949 au 14 Janvier 1952.

A la demande du père, il subit alors une lobotomie à Paris (Docteur Guillaume) le 18 Janvier 1952.

L'amélioration est certaine mais transitoire, obligeant à pratiquer une réintervention au mois de Juin (Professeur Wertheimer). Rechute rapide (1 mois).

Depuis a été rehospitalisé à 6 reprises avec entre temps des essais de travail dont le plus long fut de un an. Rechutes successives par abandon du médicament ou absorption d'alcool.

Disparition presque complète des troubles du comportement qui laisse place à un syndrome de passivité.

Décès de la mère en Octobre 1953.

Au Wechsler-Bellevue

Echelle verbale	Q.I. = 99
Echelle pratique	Q.I. = 93
Echelle complète	Q.I. = 97

Dans l'ensemble, les facultés intellectuelles sont assez bien conservées, sauf le jugement . Le niveau est moyen.

La mémoire des connaissances scolaires et culturelles est très bonne.

Le malade est capable de calcul mental, calcule même avec rapidité lorsque les automatismes sont seuls en jeu mais échoue dès qu'il faut faire appel à un raisonnement plus complexe.

Mémoire immédiate un peu faible.

Le jugement est à peu près inexistant quand il s'agit de réponses à des questions verbales mais il existe encore quand le malade est sollicité par des problèmes concrets présentés en images. On a l'impression que l'abstraction, la pensée conceptuelle sont les facultés les plus atteintes.

Il existe des troubles de structuration visuo-spatiale.

Le malade travaille lentement, ne fait pas d'effort quand il ne trouve pas.

On ne peut calculer d'indice de détérioration classique. Les tests "qui tiennent" comme "le jugement" et les "assemblages d'objets" étant atteints.

Rorschach très pauvre de 9 réponses et 2 refus (IV et X).
Les formes sont très mal vues, toutes les interprétations sont des globalisations.

Une réponse "d'humain déprécié" marque le mauvais contact social et la persévération de deux thèmes signe la rigidité de la pensée.

E.E.G. : Signes de souffrance frontale antérieure (anomalies bifrontales, sous l'aspect d'ondes delta ou même de sharp-waves, légèrement augmentées à l'hyperpnée.)

Cliniquement : pas de crise.

I N T E R P R E T A T I O N

Nous aimerions tout d'abord souligner deux points qui nous ont frappé à l'étude de ces dossiers :

- Sur nos 34 observations, 18 malades présentent des antécédents héréditaires notables, homo ou heterotypiques. Cette proportion est largement supérieure à celle qu'on observerait dans un groupe d'adultes normaux.

- Mais il est surtout remarquable, que 21 de nos malades aient été élevés dans un milieu familial grossièrement pathogène, soit par l'absence précoce d'un des conjoints (décès ou séparation), soit par la présence d'un parent évidemment hyperprotecteur et castrateur .

La plupart ont été des enfants doux, réservés, très sensibles et timides. Malades, ils sont devenus agressifs et clastiques, c'est-à-dire que leur comportement s'est proprement inversé.

Là aussi, il est certain que la maladie est survenue sur un terrain fragilisé et qu'elle semble la conséquence logique d'une situation biologiquement, psychologiquement et socialement intolérable.

Nous constatons enfin que dans tous les cas, sauf trois où furent pratiqués des topectomies, il s'agissait de lobotomies préfrontales classiques, généralement assez postérieures. Le faible nombre d'observations ne nous a pas permis d'étudier les avantages de l'une ou l'autre technique chirurgicale.

Nous envisagerons les résultats de notre étude en fonction de plusieurs critères :

- Vital
- Electroencéphalographique
- Psychologique
- Clinique et social

1) La Mortalité

- Nous avons observé deux décès post-opératoires précoces par hémorragie, auxquels nous pensons devoir ajouter un décès deux mois après l'opération par abcès du poumon.

Pour l'ensemble de nos malades, la mortalité a donc été de 8,6 %.

Il faut noter cependant que nos 34 malades ont représenté un total de 47 actes opératoires, ce qui réduit la mortalité par acte opératoire à 6,4%.

Ces chiffres sont tout à fait comparables à ceux publiés par les différents auteurs.

- Depuis l'opération deux décès sont survenus : l'un par pendaison, l'autre par complication de Decubitus après ictus et fracture du col du fémur.

2) Du point de vue électroencéphalographique

Nous avons été surpris de constater à quel point une mutilation aussi importante de l'encéphale pouvait laisser peu de traces du point de vue électrique.

En effet nous ne trouvons qu'un seul cas d'épilepsie vraie nécessitant un traitement barbiturique (soit 3,2 %).

Dans quatre autres cas (soit 13 %), nous avons trouvé par une étude systématique des signes de souffrance à l'électroencéphalogramme.

Il s'agit d'ondes lentes delta, ou même de sharp-waves prédominant dans les régions frontales, notées soit spontanément, soit sous l'effet de l'hyperpnée, ne réagissant pas à la stimulation lumineuse intermittente. Dans ces cas, nous avons trouvé la notion d'une moyenne de quatre crises en dix ans. Une étude soigneuse nous a prouvé qu'il s'agissait toujours de conséquences d'une absorption de vin.

Ce fait doit faire rapprocher ces crises d'épilepsie de celles présentées par de nombreux éthyliques ou traumatisés crâniens et être traitées comme telles. Elles n'imposent pas un traitement continu.

En ce domaine, aussi nos conclusions rejoignent celles des travaux antérieurs (XXXVI, XLV, XLIX, L, LX, LXI, LXXIII, CIII, CXXVI).

3) Du point de vue psychologique

- Nous connaissons toutes les critiques que l'on a pu adresser au test de Wechsler-Bellevue dans l'appréciation du niveau intellectuel du lobotomisé.

Il nous a semblé cependant qu'il méritait d'être utilisé afin de nous renseigner sur les activités élémentaires de l'intellect, et surtout sur le mode de déroulement des opérations conceptuelles.

Complété par les tests de projection, corrigés par la clinique, ils représentent un auxiliaire précieux pour le psychiatre.
(III, XXXIX, XL, XLI, XLII, XLIII)

- Il semble qu'il faille distinguer entre trois groupes de malades :

a) Les Arriérés se trouvent toujours aggravés par la lobotomie : ce fait ressort de toutes les publications que nous avons pu consulter. Il en est de même des vieillards fortement amoindris auparavant.

b) Les maladies non schizophréniques : ce groupe comprend 7 malades. Nous n'avons pu constater aucun affaiblissement intellectuel chez ceux-ci qui ne soit nettement imputable à une dégradation asilaire.

c) Les maladies schizophréniques:

Soit 25 malades .

Notons, dès l'abord, l'observation n°16 où l'on a vu le malade, peu de temps après son opération passer une licence de géologie, apprendre deux langues étrangères et exercer à la satisfaction de tous un travail d'ingénieur. Ceci tendant à infirmer l'opinion générale que la lobotomie supprime l'acquisivité.

Notre expérience nous a d'ailleurs prouvé que l'ergothérapie donnait d'aussi bons résultats sur les malades lobotomisés que sur les autres.

Dans l'observation n°4, nous avons également vu un professeur reprenant ses cours et faisant passer les examens de baccalauréat sans difficultés.

Mais il s'agit là de cas d'espèce.

Afin de nous faire une idée plus précise, nous avons pratiqué, grâce au test de Wechsler-Bellevue, une étude comparative entre un groupe de dix schizophrénes lobotomisés (hommes) et dix schizophrènes non lobotomisées (femmes : la différence de sexe ne nous a pas apparu devoir fausser les résultats) représentant avant la maladie un groupe comparable et ayant l'un et l'autre un temps d'évolution dans la maladie supérieur à dix ans.

Il s'agissait également dans tous les cas de malades hospitalisés le plus souvent depuis longtemps.

Nous avons présenté les protocoles avec chaque observation. Il est regrettable que nous n'ayons pas d'élément de comparaison antérieur à la maladie et à l'opération.

Nous avons essayé d'apprécier, grosso-modo, l'état intellectuel antérieur et nous présentons en vis-à-vis un résumé des résultats au Wechsler-Bellevue :

- d'une part des schizophrènes lobotomisés (Tableau I)
- d'autre part d'un nombre égal de schizophrènes non lobotomisés (Tableau II)

TABLEAU I

Schizophrènes lobotémisés	Etat intellect. antérieur	QIC	QIV	QIP	QIV-QIP (1)	Jugement (2)	Assemblage (3)	kohs (4)	Code (5)
Obs. n°3	Bon	87	89	86	+ 3	6	4 (a)	7 (tr)	6
Obs. n°6	bon	55	62	57	+ 8	0	1 (a)	0 (tr)	2
Obs. n°14	médiocre	56	69	< 50	> +19	3	0 (a)	0 (tr)	1
Obs. n°19	moyen	79	71	91	- 20	0	9	9	2
Obs. n°22	moyen	90	93	88	+ 5	9	5	8 (tr)	4
Obs. n°25	moyen	94	93	96	- 3	5	7	5 (tr)	5
Obs. n°30	médiocre	82	90	74	+16	5	3 (a)	7 (tr)	5
Obs. n°32	moyen	89	91	89	+ 2	7	4 (a)	4 (tr)	2
Obs. n°33	débile	62	58	75	-17	2	5	4 (tr)	0
Obs. n°34	bon	97	99	93	+ 6	1	7	7 (tr)	6
MOYENNES ..		79,1	81,5	79,9	> +8,7	3,8	4,5	5,1	3,3

REMARQUES :

Colonnes 1 : le QI pratique est plus atteint que le Q5 verbal dans la majorité des cas : 7/10.

2 : Le jugement est très atteint dans la majorité des cas et nul dans deux cas (obs. n° 6 et 19).

3 : Assemblages très mauvais : 5 tout des combinaisons absurdes (a) - Un résultat nul.

4 : Moyenne mauvaise, mais un peu plus élevée qu'aux assemblages. Troubles importants de structuration visuo-spatiale pour 9/10. Dans 2 cas, résultat nul.

5 : Très mauvais résultats, moyenne la plus faible. Dans un cas, résultat nul.

Remarques :

Colonnes 1 - Le Q.I.pratique est plus atteint que le Q.I. verbal dans la majorité des cas : 7/10.

2 - Le jugement est très atteint dans la majorité des cas et nul dans deux cas (obs.n°6 et 19).

3 - Assemblages très mauvais : 5 font des combinaisons absurdes (a), un résultat nul.

4 - Moyenne mauvaise, mais un peu plus élevée qu'aux assemblages. (tr). Troubles importants de structuration visuo-spatiale pour 9/10. Dans 2 cas, résultat nul.

5 - Très mauvais résultats, moyenne la plus faible. Dans un cas, résultat nul.

TABLEAU II

Schizophrènes non lobotomisés	Etat intellect antérieur	QIC	QIV	QIP	QIV-QIP (1)	Jugement (2)	Assemblage (3)	Kohs (4)	Code (5)
Cos ..	Bon	63	64	71	- 6	1	0 (a)	3 (tr)	2
Fac ...	Bon	51	65	0	+ 65	0	0 (a)	0 (tr)	0
Mon ...	tr.bon	69	71	72	- 1	5	0 (a)	6 (tr)	5
Del ...	médiocre	81	77	89	- 12	4	10	6	3
Ver ...	débile	60	60	67	- 7	1	2 (a)	5 (tr)	3
Tho ...	moyen	40	<50	< 39	+ 11	0	0 (a)	0 (tr)	2
Con ...	moyen	83	85	81	+ 4	8	4 (a)	8	4
Bur ...	moyen	88	90	86	+ 4	7	7	9 (tr)	6
Gre ..	bon	88	89	87	+ 2	8	6	8	5
Mer ...	excell.	127	127	-	-	15	10	-	-
MOYENNES		79,0	77,8	65,7	6,6	4,8	3,9	5	3,3

REMARQUES :

Colonnes 1 - Le QI pratique est plus atteint que le QI verbal dans la majorité des cas = 5/9.

2 - Le jugement est atteint dans la majorité des cas, et nul dans deux cas (Jac ... et Tho...)

3 - Mauvais résultats aux assemblages : deux seulement ont la moyenne, quatre ont 0 et il y en a six qui ont des arrangements absurdes (a).

4 - Moyenne un peu plus élevée, mais quand même mauvaise, troubles importants de structuration visuo-spatiales pour 6 cas.

5 - Très mauvais résultats : moyenne la plus faible. Dans un cas, résultat nul.

Remarques :

Colonnes 1 - Le Q.I. pratique est plus atteint que le Q.I.verbal dans la majorité des cas : 5/9.

2 - Le Jugement est atteint dans la majorité des cas, et nul dans deux cas (Jac... et Tho...)

3 - Mauvais résultats aux assemblages : deux seulement ont la moyenne, quatre ont 0 et il y en a six qui ont des arrangements absurdes (a).

4 - Moyenne un peu plus élevée, mais quand même mauvaise, troubles importants de structuration visuo-spatiale pour six cas. (tr)

5 - Très mauvais résultats : Moyenne la plus faible. Dans un cas, résultat nul.

Conclusions de ces deux études :

Les résultats du Wechsler-Bellevue chez les schizophrènes non opérés et chez les schizophrènes opérés sont sensiblement les mêmes.

Il convient de noter en particulier :

- Perte de la pensée conceptuelle
- Difficulté pour voir un ensemble, pour l'organiser et souvent présence de combinaisons absurdes qui peuvent révéler la présence d'une maladie organique du cerveau (ceci étant noté dans les deux tableaux).
- Troubles de structuration visuo-spatiale importants.
- Très grande lenteur au "code" qui marque l'incapacité d'apprentissage, malgré une certaine labilité manuelle pour certains.

Ces troubles se retrouvent de façon identique dans les deux groupes.

Il semble pourtant que les lobotomisés ont un Q.I. pratique légèrement supérieur, cette différence provenant d'une performance légèrement plus élevée aux "assemblages (Mx 4,5 contre 3,9) et à l'identification des formes (Mx 5,9 contre 2,9)".

Cette différence est elle à mettre en parallèle avec le fait que le groupe des lobotomisés est constitué d'hommes fortement modelés par l'ergothérapie, alors que le groupe des non opérées est constitué de femmes peu touchées par l'ergothérapie (la seule qui en ait tiré bénéfice, Melle.Del... ,obtenant 10 aux assemblages)?

Il semble que, dans les tests d'assemblages et d'identification des formes, les processus de synthèse et de reconnaissance des formes qui accompagnent la perception soient légèrement améliorées chez les lobotomisés.

Nous avons été un peu étonnés de cette similitude extraordinaire. Notamment la moyenne des Q.I. complets étant de 79,1 dans un groupe, de 79,0 dans l'autre.

Le calcul du "t" de Student nous a prouvé que nos chiffres n'avaient probablement pas de valeur statistique absolue, et ne pouvaient donc pas être considérés comme sûrement tirés au hasard de l'ensemble.

Le résultat demeure, cependant, que, entre nos deux groupes, il n'existe pas de différence sensible et que, en tous cas, il n'est pas possible de mettre en évidence de diminution comparative du niveau intellectuel chez les lobotomisés.

Devant ces résultats éloquents, nous ne pouvons tirer qu'une seule conclusion : tout se passe comme si la lobotomie n'avait pas été pratiquée et que, la maladie schizophrénique ayant continué son évolution, l'on se trouve devant un affaiblissement intellectuel d'origine pathologique et non pas opératoire.

Dix ans après l'opération, nous pouvons donc confirmer que "les interventions de psycho-chirurgie frontale n'entraînent pas, par elles-mêmes, d'affaiblissement intellectuel". (XLII)

Afin de compléter cette enquête psychologique, nous avons pratiqué un test de Rorschach chez les dix malades ayant déjà été examinés grace au Wechsler-Bellevue . (XLV)

L'analyse des protocoles a mis en évidence :

- Le nombre très faible des réponses, allant de 0 à 15 avec une moyenne de 7.
- La fréquence des refus, allant de 1 à 10, avec une moyenne de 4.
- La globalisation avec incapacité de synthèse.
- La persévération fréquente d'un thème ou de plusieurs qui marquent la rigidité de la pensée.

La persévération anatomique envahit tout le protocole dans deux cas.

- La labilité de l'affectivité. L'anxiété est révélée par des "clobs" dans trois protocoles.
- Eléments de culpabilité dans uncas.
  Eléments de castration dans un cas.
  Mouvements explosifs dans un cas.
- Absence de réponses humaines. Des humains dépréciés (1), interprétés comme des statues (deux).
  Il n'y a que deux protocoles dans lesquels on trouve une réponse humaine (obs.n°30 et 32).

Ces réponses nous apparaissent comme hautement évocatrices d'une schizophrénie. Il n'est pas possible d'y trouver trace d'un élément nouveau apporté par la lobotomie.

Nous n'avons pas trouvé trace d'un travail prouvant l'origine opératoire de la détérioration intellectuelle observée.

Au contraire, les études comparatives de la détérioration post-lobotomique chez les pervers et les schizophrènes semblent indiquer que seule la maladie évolutive peut expliquer cette détérioration. (XLI)

4) Du point de vue clinique et social

Les résultats que nous avons trouvés au paragraphe précédent n'avaient rien pour nous surprendre, la lecture de la bibliographie nous ayant préparé à admettre qu'il n'existait pas de détérioration intellectuelle, mesurable par des tests, spécifique de la psychochirurgie.

Mais tous les auteurs, avec une grande unanimité, ont souligné les modifications de la personnalité introduites par l'opération. Il convient ici de rapporter la description magistrale du lobotomisé par Barahona Fernandes en 1953 , (VII, VIII, IX, X). Considérant surtout la conduite sociale, il remarque une certaine concordance dans la description des traits essentiels de la personnalité, des leucotomisés améliorés dans leurs troubles.

Rassemblant les portraits-type tracés par trente-deux auteurs, parmi les plus connus, il résume les "traits dominants" de la façon suivante :

"Bonne apparence physique, expression naturelle, calme ; souvent satisfaits, les leucotomisés se montrent bavards, agréables, ont un très bon contact, sont intéressés, spontanés, bons camarades, aiment la vie sociale et se mêlent à l'entourage par des distractions ou des conversations variées et superficielles.

D'autre part, ils se montrent égoïstes et manifestent peu de considération et de compréhension pour les autres. Ils perdent beaucoup de leur pouvoir d'auto-analyse ; la vie subjective personnelle et originelle s'appauvrit. L'initiative personnelle diminue : il existe de l'apathie, de la "paresse", de la nonchalance ; les attitudes passives, conformistes, sans affirmation intérieure prédominent ; les opérés deviennent faciles, ouverts, complaisants et manifestent une labilité émotionnelle, une tendance à l'euphorie et des alternances d'entêtement et d'irritabilité. On note le manque de tact, de diplomatie, la dissimulation et la réticence, un certain infantilisme, la perte des distances sans perte de la pudeur. Les sentiments de valeur et les tendances plus

différenciées (scrupules, remords, responsabilités, obligations, perfectionnement) deviennent moins femmes et plus superficiels. Inconstants et instables, de résolution rapide devant les circonstances présentes, les leucotomisés étalent un excès de confiance et d'indulgence envers eux-mêmes. Les intérêts changent, se banalisent, deviennent superficiels et variables. Une tendance au concret et au réel s'affirme chez eux avec une diminution de l'ambition et de la capacité de rêver et de prévoir l'avenir et les conséquences de leurs actes. Les aptitudes créatrices, de commandement et de direction s'affaiblissent."

Les différents aspects psychologiques de ce processus sont rassemblés, on le sait dans l'expression bien significative de "syntonisation régressive"

"La syntonisation régressive dilue le "fond mental" qui conditionnait le syndrome psychotique".

Le leucotomisé était, dans ces conditions, présenté comme un monstre tératologique, inclassable dans une nosographie classique : le schizophrène syntone régressif. Un tel barbarisme ne pouvait que faire frémir. D'autant que certains, comme Rees, allaient jusqu'à parler de "séparation du sur-moi siégeant dans le lobe préfrontal et de la libido siégeant dans le thalamus".

Nous avons orienté notre enquête clinique dans ce sens.

Il est certain que chez plusieurs de nos malades, nous avons trouvé des aspects de caractère, des traits de personnalité analogues à ceux décrits par Barahona Fernandes .

Mais il nous semble remarquable que nous n'ayons noté ces altérations de la personnalité que chez les sujets encore évolutifs. Aucun des anciens malades que nous avons considéré comme guéri ne présentait cette atteinte, cette dégradation caractéristique, dix ans après l'opération.

Par contre les malades plus ou moins bien stabilisés, qu'ils soient restés ou non à l'hôpital, s'apparentaient pour la plupart au portrait-type tracé par Barahona Fernandes.

Par ailleurs nous avons noté, dans la majeure partie des observations, des troubles du comportement s'étendant sur une période de deux à dix-huit mois environ, où le malade ne pouvait être considéré comme guéri et où il était facile de retrouver les éléments ci-dessus énumérés.

Dans ces conditions, il est permis de se demander si ce tableau est aussi univoque qu'il le paraît : tout se passe comme si, dans les mois qui suivent son opération, le malade présentait deux syndromes pathologiques: d'une part un syndrome frontal, post-traumatique, proche de la Moria de Jastrowitz et d'autre part un syndrome de schizophrénie post-processuelle tel qu'il a été décrit par Berze, ce qui a fait dire à Minkowski qu'il en résultait : "une superposition de deux syndromes pathologiques complexes l'un et l'autre qui donne lieu à un état de choses nouveau, difficile à prévoir, mais favorable dans certains cas, surtout du point de vue de l'adaptation sociale". et au Professeur F.Morel :"la leucotomie ne guérit jamais la schizophrénie, elle ajoute à celle-ci une maladie irréversible". (CXXXV)

Si nous sommes amenés à penser qu'effectivement la lobotomie, par elle-même, ne guérit pas la schizophrénie, nous aimerions critiquer ici le terme de maladie irréversible.

Il n'est rien de plus insaisissible que ce trouble particulier du leucotomisé, si difficile à systématiser. En effet rappelons que nous n'avons rencontré ce trouble que chez les malades non guéris et que d'autre part il nous a semblé qu'il y avait une alternance nette entre cet aspect préfrontal et l'aspect pathologique original. C'est ainsi que le malade de l'observation n°32 nous avait toujours paru comme le type même du leucotomisé classique, répondant point par point au portrait ci-dessus. Quel ne fut pas notre étonnement, après un arrêt accidentel de Largactil, de retrouver un grand schizophrène délirant mais plus du tout préfrontal !

On pourrait penser que le schizophrène a vécu dans les suites de son opération une expérience particulière, peu chargée d'anxiété, et que c'est à ce "vécu préfrontal" qu'il se réfère en tant que sécurisant contre l'anxiété schizophrénique.

Cet aspect de la question reste évidemment pour nous parfaitement hypothétique. Nous pensons que, dans cette optique, on pourrait schématiser le phénomène de la façon suivante : on sait que les atteintes du lobe frontal occasionnent un syndrome pathologique particulier fait d'euphorie avec préciosité du langage et puérilisme (malade qui "bêtifie" comme l'ont dit Dupré et Devaux), d'érotisme -surtout verbal-, sur un fond d'égocentrisme et d'apathie. Ces troubles s'accompagnent classiquement d'une diminution de l'attention, de la mémoire de fixation et de l'orientation spatiale.

Il serait évidemment simple de penser que la lésion réalisée par la lobotomie a créé de toutes pièces un syndrome pathologique nouveau (et c'est sans doute vrai dans les premiers mois après l'opération) .

Mais que penser alors de ces cas où l'on voit disparaître, puis réapparaître, pour disparaître à nouveau les signes typiquement frontaux ?

Pour expliquer ce phénomène, nous soulevons l'hypothèse que ces troubles caractéristiques sont essentiellement transitoires : l'opération est un acte où le malade se trouve au plus haut point en état de dépendance. Elle impose, par la suite, un comportement extrêmement particulier : euphorique, indifférent, dépendant au maximum, le malade se trouve réaliser une expérience originale qui le ramène à des profondeurs très archaïques de sa vie socio-affective. Dans tous les cas,cet état s'est révélé agréable et gratifiant : c'est cette façon originale d'appréhender le monde que nous avons qualifiée de "vécu préfrontal" par opposition au "vécu schizophrénique".

Par la suite, si la rechute se produit, on verra réapparaître les conduites schizophréniques. Mais, que l'état s'améliore, et l'on verra le malade se référer à son expérience préfrontale post-lobotomique, en tant que structure de comportement au plus haut point sécurisante et peu chargée d'anxiété.

Il s'agirait alors d'un processus dynamique, et non plus d'une "maladie irréversible" et statique, cicatricielle pour ainsi dire .

LES RESULTATS SOCIAUX

doivent s'envisager d'une façon chronologique :

1 - La sortie post-opératoire

supposant une amélioration suffisante pour permettre de tenter une réinsertion sociale.

Elle est intervenue pour 22 des 31 malades survivants, soit 71 % dans un délai moyen de quinze jours à quatre mois.

Elle s'est toujours faite dans le milieu antérieur.

2 - Les rehospitalisations précoces

Nous entendons par là les rechutes survenues dans les six premiers mois. En fait, d'ailleurs, aucun de nos malades n'a "tenu" dehors plus de trois mois.

Ce groupe compte six malades (observations n°3, 6, 14, 17, 23 et 34). Sauf le malade n°34, qui est sorti six fois depuis et a rechuté autant de fois à des intervalles plus ou moins proches, aucun n'a pu bénéficier d'une sortie depuis.

3 - Les rehospitalisations tardives

survenant après six mois.

Ce groupe comporte 9 Malades : la rechute y est survenue en moyenne 2 ans $\frac{1}{2}$ après la sortie .

Obs.n°4	:	Guéri pendant six ans	- Actuellement hospitalisé.
Obs.n°11	:	Amélioré pendant un an	- Actuellement hospitalisé.
Obs.n°13	:	Amélioré pendant trois ans	- Rehospitalisé quatre ans, Actuellement sorti, discrètement amélioré.

Obs.n°18	: Amélioré pendant trois ans	- Rehospitalisé quatre ans - Pendu.
Obs.n°19	: Amélioré pendant deux ans	- Actuellement hospitalisé
Obs.n°26	: Amélioré pendant un an	- Nombreuses rechutes
Obs.n°29	: Amélioré pendant sept mois	- Nombreuses rechutes
Obs.n°30	: Amélioré pendant quatre ans	- Nombreuses rechutes
Obs.n°32	: Amélioré pendant dix-huit mois	- Deux rechutes, Actuellement hospitalisé

La physionomie de ce groupe est, on le voit, tout à fait différente. On y compte 5 malades sur 9 dont la vie se passe, pour ainsi dire , "à cheval"entre la société et l'hôpital psychiatrique. Ils sont tous restés de grands malades, même ceux qui sont actuellement sortis. Mais le fait qu'ils n'aient rechuté qu'au bout d'un temps si long prouve assez la relative tolérance du milieu, qui explique la particlle insertion sociale actuelle.

Dans tous ces cas, aucun traitement entrepris depuis n'a amené une amélioration suffisante pour permettre des séjours prolongés à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. Il s'agit d'ailleurs dans tous les cas de schizophrènes.

4 - Les non-réhospitalisations

Sept malades n'ont jamais été rehospitalisés depuis leur opération (soit de 13 à 11 ans) : observations n°1, 5, 7, 8, 12, 15 et 16.

En relisant leurs observations, on s'aperçoit que, mis à part les deux cyclothymiques (observations n°5 et 8) qui se sont réadaptés sans difficulté, les autres malades, tous schizophrènes, ont présenté des troubles analogues à ceux ayant motivé l'internement des malades précédents. Dans tous les cas (spécialement observations n°1 et 16), l'obstination de la famille à éviter la réhospitalisation fut récompensée.

Ce groupe compte :

- Deux cyclothymiques : dont l'un peut être considéré comme très amélioré (petits accès hypomaniaques périodiques) et l'autre comme guéri. Tous deux travaillent régulièrement.

- Cinq schizophrènes (observations n°1, 7, 12, 15 et 16) dont quatre sont cliniquement et socialement guéris et retravaillent, un seul étant simplement amélioré (observation n°12) : il s'agissait d'une schizophrénie à forme essentiellement hypochondriaque chez un homme de 39 ans. Agé de 46 ans au moment de l'opération il en a actuellement 58. Il a enfin trouvé cette situation de dépendance à laquelle il aspirait. Sa femme elle-même semble satisfaite de cette inversion des rôles.

5 - Synthèse chronologique

Sur nos 34 malades opérés, nous comptons donc :

- Deux mois après l'opération :
  - 2 décès immédiats, 1 décès deux mois plus tard = 8,6 %
  - 22 sorties post-opératoires = 64,8 %
  - 9 malades n'ont pu sortir de l'hôpital = 26,6 %

- Au bout de six mois :
  - 15 malades sortis dont { 10, soit 29,4 % retravaillent ; 5, soit 14,7 % sont apragmatiques }
  - 16 hospitalisés

- Au bout d'un an :
  - 13 sortis
  - 18 hospitalisés

- Au bout de trois ans :
  - 11 sortis
  - 20 hospitalisés

- A ce jour :

  - 5 sont décédés = 14,6 %
  - 18 sont hospitalisés = 53 %
  - 11 sont sortis = 32,4 %

Sur ces 11 malades, 8 retravaillent, soit 23, 5 %.

Il faut aussi remarquer que sur ces 8 malades, 7 n'ont jamais été rehospitalisés. Le 8ème malade a recommencé à travailler après une rehospitalisation prolongée (observation n°29) et sa reprise du travail, très précaire d'ailleurs, ne peut être mise sur le compte de la chirurgie.

Il nous reste donc sept malades, soit 20,5 % chez qui la psychochirurgie ait entraîné une guérison sur le plan social.

LES RESULTATS CLINIQUES

Nous devons faire une distinction nette entre les différents syndromes.

a) Les Arriérés et pervers

Trois malades : 2 échecs, un décès.

Cette indication a d'ailleurs, depuis, été refusée par la majeure partie des auteurs : on constate en effet le plus souvent une aggravation du déficit intellectuel et du déséquilibre affectif chez les arriérés, un statu quo ou même une aggravation chez les pervers.

Notre étude, de même que l'expérience d'autres opérés que nous avons dû éliminer de ce travail en raison du recul insuffisant, semble confirmer que la psychochirurgie est dans ces cas inutile, voire dangereuse.

b) La psychose maniaco-dépressive

Ce groupe comportait cinq malades :

Nous y trouvons : un décès post-opératoire,

- deux sorties avec un malade guéri,

- l'autre très amélioré (rares épisodes hypomaniaques de 48 Heures ne nécessitant aucune thérapeutique).

- Deux malades sont restés hospitalisés pour causes sociales : l'un était à l'hôpital depuis 21 ans, l'autre depuis 22 ans lors de l'intervention. Ils peuvent être considérés l'un comme guéri, l'autre comme très amélioré (état hypomaniaque chronique a minima. Ce malade est décédé en 1959).

En somme, l'opération s'est soldée par un succès dans quatre cas sur cinq où l'on n'a plus vu réapparaître de crises chez des malades aux accès si rapprochés qu'ils interdisaient toute sortie.

Elle a permis dans deux cas la sortie, suivie d'une vie normale ; dans les deux autres cas l'hôpital n'a plus joué qu'un rôle d'hospice.

c) La schizophrénie

Nous avons fait opérer 25 schizophrènes :

- Soit 18 Hébéphréno-catatoniques qui ont fourni

3 guérisons cliniques et sociales définitives (observations n°1,15 et 16)

4 guérisons ayant tenu plus de six mois (observations n°11, 13, 18 et 19)

9 améliorations simples (observations n°3, 14, 21, 25, 29, 30, 33, 34) : rehospitalisés et 1 non hospitalisé (observation n° 12)

2 échecs complets.

- Six paranoïdes :

1 guérison clinique et sociale (observation n° 7)

2 guérisons de plus de six mois (observations n°4 et 32)

1 amélioration (observation n°22)

2 échecs (observations n°6 et 28)

- Une schizomanie : décès post-opératoire.

Les distinctions entre les divers sous-groupes de la schizophrénie restant toujours très floues, c'est ce qui, avec le faible nombre d'observations, explique nos différences avec les autres communications ; en effet le syndrome paranoïde donne classiquement de meilleurs résultats .

Quoiqu'il en soit, sur nos 25 schizophrènes, nous trouvons donc à l'heure actuelle :

- 1	décès post-opératoire	4 %
- 8	sortis	32 %
- 15	hospitalisés	60 %
- 1	décès ultérieur	4 %

et du point de vue clinique :

- 4	guérisons complètes	16 %
- 7	guérisons ayant tenu plus de six mois	28 %
- 10	améliorations simples	40 %
- 4	échecs	16 %

Nous avons compté comme amélioration simple les cas où l'on a vu une diminution de l'intensité des symptômes, notamment de l'agitation succéder nettement à l'opération. Il s'agit évidemment de nuances cliniques, mais le personnel infirmier y a été sensible.

d) La psycho-névrose obsessionnelle

Nous n'en possédons qu'une observation, encore s'agit-il là d'obsessions-impulsions dégénératives survenues chez un caractériel souffrant d'une importante défection parentale.

Nous regrettons fort l'absence d'un matériel plus important car l'opinion des auteurs sur ce point est très controversé. Cette absence tient d'une part à la relative rareté de la psycho-névrose obsessionnelle chez l'homme, d'autre part aux indications que nous avions posées au départ : agressivité sous tendue par la peur.

LOBOTOMIE ET PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE

Nous avons vu l'excellent résultat obtenu chez nos malades cyclothymiques.

Nous sommes à l'heure actuelle parfaitement équipés pour lutter contre l'accès lui-même. Nous restons par contre singulièrement désarmés devant la répétition des crises. Il est donc difficile de parler de guérison dans une telle maladie qui peut présenter des rémissions de plusieurs années. Le problème n'est pas ici de guérir l'accès lui-même, dont on sait que, dans la majorité des cas, il guérit spontanément mais d'empêcher la survenue de nouveaux accès : ici en effet le problème se trouve placé sous un jour nouveau :

On connaît le risque vital important encouru, sous forme de suicide, chez le mélancolique (ceci faisant accepter plus facilement le risque opératoire). D'autre part est-il nécessaire de souligner les perturbations psychologiques et surtout sociales que peuvent représenter la répétition d'accès maniaques ou même mélancoliques. On souligne enfin le risque d'évolution vers une manie ou une mélancolie chronique de thérapeutique toujours difficile.

Il est peu probable que l'on trouve un traitement qui empêche le retour des accès. Actuellement,il consiste à faire prendre un médicament entre les accès : mais on peut se trouver alors devant la nécessité d'imposer une thérapeutique au très long cours que le malade interrompt forcément à un moment quelconque, souvent très précocement.

Il est donc logique de penser à une intervention qui supprime la périodicité des accès. Nous ne pouvons conclure, vu le faible nombre de nos cas, à une action dans ce sens de la psychochirurgie. Il est remarquable d'ailleurs de constater que très peu d'auteurs aient rapporté d'observations dans cette indication.

Signalons cependant : 75 % de guérisons pour Partridge, 62 % de guérisons et 20 % d'améliorations pour Freeman dans les mélancolies d'involution et les accès mélancoliques.

Ces résultats semblent confirmés dans la thèse de Miribel et dans celle de Simon (45 % de guérisons cliniques et sociales, amélioration de 85% des cas de mélancolie).

Citons enfin l'observation rapportée par BOURRAT et GUYOTAT (XXX) d'une cyclothymique stabilisée depuis 6 ans.

Nous pensons qu'il serait intéressant de reprendre l'étude de l'influence de la leucotomie sur la périodicité de la psychose maniaco-dépressive. Tablant sur un plus grand nombre de cas, peut-être pourrait-on mettre en évidence une indication vraiment originale de la lobotomie.

LOBOTOMIE ET SCHIZOPHRENIE

"Il n'y a lieu, ni de crier au miracle,
ni de crier au scandale".
H. EY.

Des 25 schizophrènes, 8 (soit 32 %) sont actuellement sortis de l'hôpital, 60 % restant hospitalisés.

Nous avons vu que sur ces 8, 4 seulement pouvaient être considérés comme guéris. Ce premier fait nous oblige à critiquer la notion de sortie comme critère de guérison en psychiatrie.

En effet plusieurs de nos malades restés hospitalisés peuvent être considérés comme mieux améliorés que certains opérés vivant à l'extérieur. La sortie n'est donc que la preuve d'une meilleure tolérance du milieu, d'une part, d'une disparition des troubles majeurs du comportement d'autre part .

Nous avons pu dénombrer, par ailleurs, 7 cas de guérisons ayant tenu plus de six mois, deux ans et demi en moyenne, à l'extérieur. Dans tous les cas nous avons assisté à une lutte poignante entre un individu essayant de se resocialiser et une société qui le rejettait. La nécessité de la rechute nous est apparue au fil des mois de plus en plus évidente, jusqu'à ce qu'elle survienne : et cette rechute s'est toujours présentée sous le masque de la maladie initiale.

On nous reprochera sans doute d'inverser les facteurs en prétendant que l'inadaptation au milieu fut cause de la rechute, alors qu'il est classique de penser qu'au contraire, l'inadaptation survient parce que l'on n'est pas guéri.

Examinons les faits de plus près :

Notre analyse clinique, électroencéphalographique, et psychologique nous a prouvé qu'il y avait en fait très peu de différences entre un schizophrène non lobotomisé et un autre ayant été confié, sans succès, au chirurgien. Dans les deux cas nous trouvons les traces d'une maladie identique.

Il est donc évident que la lobotomie ne guérit pas la schizophrénie d'une façon radicale, comme l'éxérèse du cristallin guérit la catarracte. La psychochirurgie n'est pas une chirurgie d'exérèse.

Nous nous trouvons alors confronté avec le problème majeur de la psychiatrie : qu'est-ce que la schizophrénie ?

Il ne nous appartient pas d'essayer de répondre à cette question, insoluble pour l'instant.

Il nous semble cependant que tout thérapeute doit essayer de se faire une opinion sur ce point afin de justifier ses thérapeutiques.

Pour notre part, il nous paraît évident qu'il s'agit d'une maladie atteignant l'être dans son entier, dans sa totalité biologique, psychologique et sociale.

Il s'en suit que toute thérapeutique efficace de la schizophrénie doit s'attaquer aux troubles spécifiques de ces trois sphères, excluant les traitements univoques, qui exposent fatalement le malade à la rechute.

L'analyse de nos observations nous a en effet prouvé que la rechute survenait lorsque la tension entre l'individu et la Société atteignait, en vertu de causes biologiques, psychologiques ou sociales, son point critique, son point de rupture.

Dans ces conditions la maladie apparaît comme un refuge sécurisant, l'hôpital psychiatrique comme un foyer.

Une thérapeutique,qui ne s'efforce de résoudre les problèmes sur les 3 plans, est donc incomplète et dangereuse, car elle oblige un malade convalescent, donc fragile, à se débattre avec des problèmes qui sont justement ceux qui ont provoqué sa maladie.

Et c'est ainsi que nous avons vu, au cours de chaque observation, nos lobotomisés essayer de surmonter des conflits parfois dramatiques, Quatre malades y sont parvenus, aidés par la chance. Ils sont actuellement guéris cliniquement et socialement.

Sept malades ont dû abandonner au bout de deux ans et demi en moyenne.

La plupart lachèrent pied immédiatement et furent réhospitalisés dans un délai maximum de deux mois.

Mais c'est là qu'il convient de souligner que 65 % des malades internés purent sortir après leur opération : c'est-à-dire que dans 65% des cas au moins la lobotomie avait apporté une solution à un conflit, disons plutôt une chance de résoudre le conflit.

Cette présentation paraîtra, évidemment bien simpliste ; elle nous a paru être une voie d'abord intéressante, une hypothèse de travail.

Il nous a paru, dans cette optique, possible de résumer nos observations de la façon suivante : Tout se passe comme si le malade, le médecin et le milieu social se trouvaient dans une impasse. La psychochirurgie intervenant, des possibilités de réadaptation sont offertes non seulement au malade, mais aussi au médecin et à la Société qui pourront à cette occasion modifier leur attitude vis-à-vis du malade.

Si cette occasion n'est pas saisie, si les dix-huit mois de troubles du comportement nécessaires à cette réadaptation ne sont pas supportés par l'entourage, la rechute surviendra fatalement.

La lobotomie apparaît donc, dans cette optique, comme l'élément biologique, somatique du trépied thérapeutique défini plus haut.

Elle n'est donc pas une "thérapeutique" psychiatrique, elle en est un élément. "Pour Freemann et Watts, la lobotomie libère le malade de ses préoccupations d'avenir et lui permet de s'installer dans l'indifférence et l'inertie : elle favorise un état narcissique. Par là ils admettent qu'elle réalise un état regressif au sens Jacksonien de ce terme .

Elle nous apparait davantage comme une libération ; déconnecté dans une certaine mesure, le lobe frontal récupère ses possibilités fonctionnelles ; l'opération fait cesser une action inhibitrice qui est peut-être d'essence thalamique.

..... La guérison n'est pas un acte passif se réalisant de toutes façons. Nos échecs nous l'enseignent. Les cas heureux témoignent d'une présence du malade qui cherche, grâce à la situation nouvelle que lui crée l'opération, une solution nouvelle à ses problèmes, probablement les mêmes qu'il avait jadis résolus par une réaction pathologique.

On ne saurait reprocher à une telle conception de faire une place exclusive à l'interprétation psychologique. Nous conservons au substratum cérébral organique sa valeur nosologique ; nous ne sous-estimons pas la portée de l'agression chirurgicale et la signification de son électivité topographique, tout en admettant qu'elle pourrait utilement s'exercer en d'autres régions, et en particulier au niveau du thalamus. Mais considérant que la psychose, en dépit de son ancienneté et de sa gravité, représente une sorte de construction pathologique ....., nous estimons que la lobotomie, au même titre que d'autres thérapeutiques psychiatriques, est capable de détruire cette superstructure, sous le signe d'une thérapeutique psycho-somatique. Mais, ayant détruit, il importe de reconstruire, d'où l'importance de la rééducation post-opératoire et la nécessité d'éviter à l'opéré de se retrouver dans les conditions sociales et surtout familiales qui ont favorisé sa psychose.

Ainsi la lobotomie ne nous apparaît pas comme susceptible d'être réduite à une opération d'exérèse ou d'exclusion, mais comme une méthode de libération fonctionnelle ... " (CXXIX)

Cette longue citation, extraite d'un article du Professeur Wertheimer, publiée, en collaboration avec le Docteur Angel, en 1949, nous apparaît avoir gardé toute son actualité. En transposant les termes, il pourrait en effet s'appliquer aux cures neuroleptiques : il suffirait de mettre chlorpromazine à la place de neurochirurgie, substance réticulée à la place de liaison thalamo-préfrontale !

La lobotomie pose en effet, nous l'avons dit, le problème de toute thérapeutique biologique, somatique en psychiatrie : comme les neuroleptiques, elle s'est avérée incapable d'apporter à elle seule une véritable guérison : elle n'est qu'un élément, indispensable certes, mais insuffisant d'une thérapeutique triple qui seule peut amener la transformation radicale du corps, de l'esprit et du milieu.

Dans ce sens la question que se pose tout psychiatre : Faut-il, ou non, faire des leucotomies ?, devient sans objet.

Nous voudrions en effet établir maintenant un parallèle entre les quatre modes de guérison classiques de la schizophrénie : guérison spontanée, guérison par insulinothérapie, par traitement neuroplégique et par lobotomie.

1) Les guérisons spontanées

Leur nombre reste assez difficile à évaluer, et toujours contestable.

- Pour Sternberg, on note 19,3 % de guérisons spontanées après 5 ans , 19,7 % après 10 ans d'évolution d'un groupe de schizophrènes.

- Pour Mayer-Gross, 35 % des schizophrènes restent socialement adaptés après seize ans d'évolution.

- Pour Mans, 11 % de schizophrènes paranoïdes guéris après onze ans d'évolution.

- Pour Barres, Ey et Laboucarié (XII bis), la schizophrénie guérit spontanément, lors d'une première poussée, dans 30 à 40 % des cas ; mais il faut prévoir que 30 à 40 % de ces malades guéris font des récidives et que 60 % passent, dès la première poussée, à la chronicité. Compter aussi 15 à 20 % de rémissions tardives après plusieurs années.

En somme, malgré les divergences dues à des critères diagnostics différents et à des conditions d'hospitalisation variables, il semble que l'on puisse admettre une moyenne de 20 % de guérisons spontanées après 10 ans d'évolution. L'expérience prouve d'ailleurs que ces guérisons surviennent essentiellement dans les 5 premieres années d'évolution.

Rappelons cependant que nos malades avaient déjà dépassé le stade où de telles guérisons sont possibles et qu'il s'agissait d'ailleurs également le plus souvent de cas résistant à toute autre thérapeutique, y compris et surtout l'insulinothérapie.

2) Les guérisons par insulinothérapie

Nous emprunterons les résultats fournis par Madame Vermorel dans sa thèse (CXXV).

- Cure de Sakel classique :

15 % de guérisons sans rechute
11 % de guérisons malgré une ou plusieurs rechutes
11 % guéris, après échec de la cure de Sakel, par un traitement à la Chlorpromazine.

- Cure de Sakel associée à la Chlorpromazine :

40 % de guérisons sans rechute
9 % de guérisons après rechute
4,5% de guérisons, après échec de la cure de Sakel, par une thérapeutique à la Chlorpromazine.

Mais il est à signaler que le recul est en moyenne beaucoup moins important.

3) Les guérisons par neuroleptiques

Il n'est pas possible de les apprécier avec un recul suffisant pour être valable : les premiers traitements à la Chlorpromazine ne sont vieux, en effet, que de sept ans, chiffre nettement trop faible pour que l'on puisse en tirer une conclusion.

Notre expérience quotidienne nous a cependant familiarisé avec un nouvel aspect du malade psychiatrique, tour à tour guéri, puis rechutant, guéri à nouveau, rechutant encore.

Dans cette optique la notion de guérison réprend son véritable sens d'adaptation fragile, état d'équilibre précaire. Rappelons simplement que 3/5 des entrées de l'hôpital du Vinatier sont constituées par des rechutes.

Bange dans sa thèse (VI) compte 20 % de schizophrènes traités par neuroleptiques restant guéris après deux ans.

4) Les guérisons par lobotomie

Avec un recul moyen de 10 ans, nous trouvons 32 % de sorties, dont la moitié, soit 16 % de guérisons. Ce sont là les seuls chiffres certains ; les chiffres d'amélioration restant très discutables en raison de l'intervention d'autres facteurs (traitements neuroleptiques en particulier).

Ces chiffres sont tout à fait comparables à ceux de Freemann, du "Board of Control", de Rizzati et Borgarello.

On peut donc admettre que la psychochirurgie donne en moyenne 20 % de guérisons avec un recul suffisant.

On ne peut manquer d'être frappé par la concordance de ces chiffres. Il semble que, quelque soit le moyen somatothérapique employé, on obtienne environ 20 % de guérisons stables, les autres malades étant soumis au rythme inéluctable des réhospitalisations successives.

Faut-il voir là le résultat de toute somotothérapie quelle qu'elle soit et conclure avec Le Guillant et Monnerot (XCI) :"La mise en oeuvre d'un traitement actif et inédit quel qu'il soit, à un moment quelconque de l'évolution de n'importe quelle maladie mentale mobilise de toute façon autour du malade des énergies nouvelles. Elle éveille toujours dans son entourage et en lui-même des possibilités insoupçonnées ".

Nous pensons plutôt que ce chiffre teste les possibilités de guérison d'un traitement somatothérapique employé isolément sans appoint psycho ou sociothérapique vraiment approprié. Il reste donc en définitive la tolérance du milieu sur lequel le médecin se décharge de son rôle psycho et sociothérapique.

Il est donc possible d'extrapoler de notre expérience de la lobotomie, qui, elle, possède un recul suffisant, à notre thérapeutique médicamenteuse actuelle .

Un traitement somatothérapique crée une modification fonctionnelle cérébrale qui rend possible une intervention psycho- et sociothérapique. En l'absence de celle-ci, il est condamné à n'avoir que 20 % de succès.

Il semble donc que le choix proposé au psychiatre par la psychochirurgie entre somato-, psycho- ou sociothérapie, soit un leurre. Il ne s'agit pas de choisir, mais de combiner les trois modes de thérapeutiques, de même que la maladie frappe sur ces trois plans.

Cette évolution n'est possible que dans deux conditions : .

- prise de conscience par le psychiatre du rôle psychothérapique qu'il doit assumer lui-même ainsi que l'ensemble du service.

C'est la condamnation d'un emploi du temps surchargé, de services tentaculaires, d'une psychiatrie des "urgences" qui ne se borne le plus souvent qu'à une somatothérapie.

Dépistage continu des "facteurs aliénants".

- prise de conscience par la Société de son rôle sociothérapique :améliorations de la loi de 1838, créations "d'hôpitaux de jour " et "d'hôpitaux de nuit " selon les cas, visant à créer un milieu protégé permettant l'adultisation du malade loin du milieu psychogène initial.

C'est seulement quand tous ces éléments se trouveront réunis entre les mains d'un seul médecin, pour la guérison d'un seul malade,que l'on pourra parler de "guérison".

S'il s'agit, cependant, de choisir entre différents traitements somatiques, il nous semble naturel de préférer les neuroleptiques et l'insulinothérapie qui ne comporte pas ce risque opératoire qui grève si lourdement la psychochirurgie. De par le perfectionnement de nos traitements neuroleptiques, de par l'amélioration du contexte psychothérapique, la leucotomie disparaît progressivement de "l'arsenal" thérapeutique psychiatrique. Et nous pensons que c'est là un bien, car la leucotomie représente au maximum une thérapeutique "aliénante" : la guérison psychiatrique ne peut se faire, pensons nous, que par un long cheminement

effectué par le malade, mais aussi par le psychiatre, l'un poussant l'autre. Si le malade aliène sa liberté entre les mains du psychiatre, il diminue d'autant ses possibilités de guérison - car la guérison c'est "l'in-dépendance".

Il était justifié en 1950 de faire des leucotomies. Actuellement les neuroleptiques nous permettent, bien plus commodément, de désagréger la symptômatologie psychotique : mais nous nous trouvons alors confronté avec la structure névrotique sous-jacente; Nous nous apercevons alors que c'est cette névrose qui est importante et que c'est elle qu'il convient de soigner et sur ce plan la lobotomie se révèle impuissante : tout au plus place-t-elle le malade " en situation", lui met-elle le pied sur la première marche de l'escalier.

Reste à trouver les moyens pour qu'il monte l'escalier !

C'est là tout le problème de la Réadaptation, seule thérapeutique étiologique :

" Quelles que soient les causes, connues ou inconnues, discutables ou incompréhensibles de ces maladies, elles nous renvoient nécessairement à la capacité de l'homme à s'adapter aux réalités de la vie sociale et à son système de valeurs logiques et morales.

Voila pourquoi, quelle que soit la nature de ces maladies, elles constituent, dans leur effet et leurs symptômes, un problème essentiellement social. Mais par "social" il faut entendre non seulement le "milieu" qui entoure le sujet, mais le "milieu" de lui-même qui est le reflet du milieu intérieur, c'est-à-dire l'idée qu'il se fait de sa personne et sa représentation du monde.

Si les maladies mentales existent, c'est précisément parce que l'homme a la possibilité d'imaginer, de se tromper, d'avoir des sentiments inadaptés à leur objet et, pour tout dire, de substituer le rêve et l'imaginaire à la réalité.

C'est cette inadaptation qui définit toujours la maladie mentale et qui fait son originalité.

Ainsi, les thérapeutiques employées contre ces maladies sont elles essentiellement sociales et psychologiques. C'est-à-dire qu'il s'agit avant tout, ou de diminuer les difficultés de la vie sociale, ou de diminuer les difficultés intérieures pour rendre possible l'adaptation au milieu social, à ses valeurs et à ses lois".

H. Ey. (LVI)

C O N C L U S I O N S

Nous avons étudié les résultats de l'expérience psychochirurgicale effectuée dans un service d'hommes (fermé ou libre) de l'Hôpital Psychiatrique du VINATIER, avec recul de dix ans environ. Cette enquête a porté sur tous les malades opérés, soit 34 leucotomies, tous retrouvés. Au terme de ce délai :

1°) 14,6 % sont décédés { 8,6 % des suites opératoires,
3 % par suicide ultérieur ,
3 % par maladie ultérieure.

53 % sont hospitalisés en service psychiatrique

32,4 % sont sortis qui se répartissent en :

- 8,9 % améliorés, mais ne travaillant pas.
- 23,5% travaillant

Le pourcentage de malades guéris socialement et cliniquement est de 20,5 %.

2°) Notre étude nous a permis de constater :

- que la mortalité opératoire était de 8 %environ
- que l'épilepsie post-leucotomique était relativement rare.
- 3,2 % de crises cliniques,
- 13 % de signes de souffrance électriques, et que dans tous les cas, les crises n'apparaissaient le plus souvent qu'après absorption d'alcool et ne nécessiteraient que dans un cas un traitement continu.
- que l'atteinte psychologique était analogue à celle présentée par des malades non opérés, atteints de la même maladie, ayant le même temps d'évolution.
- que le"syndrome post-leucotomique" parfois présenté, ressortissait sans doute de mécanismes plus complexes qu'un simple état "cicatriciel".

3°) En étudiant les résultats par catégories nosographiques, nous avons pu mettre en évidence :

- Chez les arriérés et les séniles : le danger d'une telle intervention sur un cerveau fragile.

- Chez les maniaco-dépressifs : la suppression fréquente de la périodicité.

- Chez les schizophrènes : sur 25 malades ,

  - 2 décès = 8 %
    - 1 décès post-opératoire = 4%
    - 1 décès ultérieur par pendaison = 4%

  - 15 hospitalisations = 60 %
    - 4 échecs = 16 %
    - 11 améliorations plus ou moins importantes = 44%

  - 8 sorties = 32 %
    - 4 guérisons = 16%
    - 4 améliorations = 16%

4°) Cette étude n'avait pas, dans notre esprit, d'autre but que d'effectuer un retour sur le passé. Dans le cas plus particulier de la schizophrénie, l'étude des observations, la comparaison des résultats obtenus à lointaine échéance par la psychochirurgie avec ceux rencontrés actuellement après traitement insulinique ou neuroleptique, nous a amené à penser que les résultats obtenus étaient sensiblement semblables.

Il nous a paru nécessaire d'extrapoler de notre expérience psychochirurgicale à notre activité bio-somatothérapique actuelle, afin de tirer du passé des leçons valables pour l'avenir.

Un traitement somatique ne suffit pas le plus souvent à entraîner la guérison, Il convient de fournir au psychiatre les moyens d'appliquer un traitement à visée psychologique et sociologique.

Le Président de la Thèse :

Professeur WERTHEIMER.

VU, le Doyen :
M. H.HERMANN.

VU et permis d'imprimer
Lyon, le 14 Novembre 1960.

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,

P.LOUIS.

B I B L I O G R A P H I E

I ANDRE-LECANNU
Evolution des traitements de l'Aliénation mentale dans ses rapports avec la Pathogénie.
Th. PARIS - 1953

II ANGEL et MIRIBEL
De quelques travaux récents concernant les connexions et l'histophysiologie des Lobes Préfrontaux
Journal de Médecine de Lyon - 740 p.923.

III ANGEL et Mme.BUFFARD
Investigations psychologiques chez les lobotomisés
A.M.P. 1952 - II - 577

IV BALVET(P.)
- A propos de la soi-disant "psychothérapie complémentaire" dans les thérapeutiques biologiques des maladies mentales.
Psyché.Juillet-Août 1948 - n°21-22.

V - Les conditions d'environnement quiexige la thérapeutique par le Largactil .
Soc.de Neuro-Psych. de la Région lyonnaise - Séance du 17.I.1954.

VI BANGE (C.)
Les rechutes chez les Malades Mentaux
Th.LYON 1958.

VII BARAHONA FERNANDES
Etude clinique et psychologique sur la leucotomie.
1er.Congrès International sur la Psychochirurgie -Lisbonne 1948.

VIII Expérience thérapeutique et connaissance psychiatrique
Evol.Psych. 1949 - n°4 - p.451.

IX Anatomo-Physiologie cérébrale et fonctions psychiques dans la leucotomie préfrontale.
1er.Congrès International de Psychiatrie - PARIS 1950.

X La syntonisation régressive d'un leucotomisé (E.E.G.)
A.M.P. 1955 - T II - p. 114.

XI BARRES (P.)
Psychochirurgie et Délire.
Entretiens Psychiatriques 1954 -
Publié par les P.U.F. 1957 - p.47

XII L'expérience thérapeutique de la lobotomie préfrontale
Th. TOULOUSE 1956

XIIbis BARRES (P), EY (H .) et LABOUCARIE
L'évolution des schizophrénies. Les rémissions spontanées et thérapeutiques et les critères évolutifs d'après les données statistiques.
Evol.Psych. Avril-Juin 1953 - p.239

BARUK (H.)
XIII Discussion du rapport de thérapeutique .
Congrès de BESANCON 1950 - p.506 à 508

XIV La condamnation de la psychochirurgie actuelle
A.M.P. 109 -2, 4, p.420 à 425

XV Cette thérapeutique doit disparaître.
Médecine et Hygiène - 10- 212 p. 67

XVI Gazette Médicale - T 59 , n°9 - Mai 1952 p.531

XVII Contribution à l'étude de certaines suites de la psychochirurgie frontale.
A.M.P. 1952 - II - p.177 à 204.

XVIII A propos d'une observation de M.J.de Beau de cingulectomie
A.M.P. 1953 - II - p.227-229-231.

XIX Action de la lobotomie dans un cas de parkinsonnisme post-encéphalitique avec délire hallucinatoire.
A.M.P. 1953 - II - p.677...

BARUK (H.)

XX Sur la nécessité de l'interdiction légale de la lobotomie
A.M.P. 1954 - I - p.60 voir aussi p.348.

XXI Réponse
in La Raison n°5 - Décembre 1952 p. 59

XXII BENDA (P.)
Apport de la Psychochirurgie à l'étude de certaines fonctions végétatives centrales.
Th. PARIS 1953

XXIII BOARD OF CONTROL
Résultats de 1.000 leucotomies - Londres 1947.

BOITELLE (G.), Mme.BOITELLE (C.), DANY (A.) et HOUCARD (I.)

XXIV Obsessions et lobotomie
Congrès de BESANCON 1950

XXV Indications et résultats de la lobotomie chez les schizophrènes
A.M.P. 1952 - I - p.461.

XXVI Indications et résultats chez les délirants chroniques.
A.M.P. 1952 - I - p.464.

XXVII Indications et résultats dans les troubles du caractère de l'épileptique.
A.M.P. 1952 - I - p.447.

XXVIII Résultats cliniques de la Psychochirurgie : Résultats personnels.
Revue Neurol. 1953 - n°6 - p.551.

XXIX BOREL (A.)
Résultats cliniques et réflexions sur la psychochirurgie.
Quelques résultats.
Evol.Psych. 1949 - n°4 p.517.

XXX BOURRAT(L.) et GUYOTAT (J.)
Devenir d'une cyclothymique à crises annuelles leucotomisée en 1951 et stabilisée depuis lors.
Communication à la Société de Neuro-Psychiatrie de Lyon - 4 Juin 1957.

XXXI BRISSET (C.)
Psychochirurgie
Evol.Psych. 1949 n°4 p.487.

XXXII BROUSSEAU et coll.
Perversions sexuelles et lobotomie.
A.M.P. 1953 - I - p.665 .

XXXIII BUCK (C.W.)
Effect of prefrontal lobotomy on temperature regulation in Schizophrenic Patients.
Arch.of Neur. and Psych. 65 - 2 p.197.

XXXIV BURCKHARDT (G.)
Ueber Rindenexcisionen, als Beitrag zur operativen Therapie der Psychosen.
All.Ztschrift für Psych. 47 - p.189. 1890

XXXV BUVAT-POCHON
Les traitements de choc d'autrefois en Psychiatrie.
Th.PARIS 1939

XXXVI COLLIN (J.)
La lobotomie préfrontale.
Th.NANCY 1948

XXXVII DAUMEZON (G.)
Expérience de la thérapeutique par la lobotomie dans un service.
Evol.Psych. 1949, n°4 - p.521.

XXXVIII DAVID (M.), DAUMEZON (G.), HECAEN (H.) et SAUGUET (J.)
Résultats globaux de 247 interventions de Psychochirurgie
A.M.P. 1952 - II p.387.

XXXIX DAVID (M.), DAUMEZON (G.), RUDRAUF et MOOR.
Résultats des tests de Wechsler et de Portens sur 44 cas de lobotomies.
A.M.P. 1952 - II - p.391.

DAVID (M.), MOOR (L.), RUDRAUF (J.), SAUGUET (J.)
XL Valeur pronostic de l'étude psychométrique post-opératoire en Psychochirurgie
A.M.P. 1953 - II - p.260.

XLI Comparaison de résultats psychométriques chez un groupe de pervers instinctifs et de schizophrènes ayant subi une intervention psychochirurgicale.
A.M.P. 1953 - II - p.272.

XLII Examens psychologiques de 21 malades un an après l'intervention psychochirurgicale. - Etude critique des résultats.
A.M.P. 1954 - II - p.219.

DAVID (M.), MOOR (L.)
XLIII Fonctions intellectuelles de 15 malades deux ans après l'intervention psycho-chirurgigale.
A.M.P. 1955 - I - p.416.

XLIV Observations de trois malades traités par psychochirurgie en 1951.
A.M.P. 1956 - II - p.828.

XLV DAVID (M.) et HELMAN (Z.)
Etude de 21 cas de psychochirurgie par le Rorschach: confrontation avec les résultats électroencéphalographiques.
A.M.P. 1953 - II - p.377

XLVI DAVID (M.) et TALAIRACH
Quelques réflexions sur les lobotomies préfrontales.
Evol.Psych. n°4 - p.532.

XLVII DELAY (J.)
Sur la lobotomie préfrontale. Essai d'Interprétation.
Presse Médicale 1950 - n°6 p.77 .

XLVIII DELAY (J.) et DAVID (M.)
Lobotomie préfrontale chez une hypochondriaque atteinte d'un ulcère gastrique.
A.M.P. 1952 - II - p.432.

XLIX DELMAS-MARSALET (P.) et coll.
Contribution expérimentale aux effets des sections du lobe préfrontal chez l'homme et chez l'animal.
A.M.P. 1952 - II - p.609.

L DESCUNS (P.), BARDENAT (Ch.), PELICI (Y.)
Résultats lointains de la lobotomie
A.M.P. 1958 - I - p.854

LI DUBOR (Mme).
L'habituation hospitalière en milieu psychiatrique.
Th.LYON 1958

LII ELITHORN (A.) et BECK (E.)
Leucotomie préfrontale : rapport clinico-pathologique d'un cas.
The Lancet - 1955. n°6853, p.23.

LIII EY (H.)
Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses en collaboration
Desclée de Brouwers - 1950 -

LIV Le Pronostic des schizophrénies.
E.M.C. - Tome I.-

LV Psychoses aiguës et évolution schizophrénique dans un service de 1930 à 1956.
A.M.P. 1957 - II - n°2.

LVI La maladie mentale, maladie de l'adaptation sociale :
Réadaptation - n°34 - 1956 - p.8 .

LVII FERDIERE (G.)
Résultats immédiats de la leucotomie préfrontale dans un cas de schizophrénie avec stupeur catatonique.
A.M.P. 1940 - I - 1 p.81.

LVIII FEREY (D.), GODARD et LALANNE.
La lobotomie dans les psychopathies.
Presse Médicale 1950 - n°36, p.636.

LIX FESSARD (J.)
Une expérience de six années de lobotomie à l'Hôpital Psychiatrique du Mans. Réadaptation sociale de 32 malades.
Th.PARIS 1955

LX FEUILLET (C.)
Le traitement psychochirurgical de la schizophrénie .
Rapport de Thérapeutique au Congrès de BESANCON - 1950 -

LXI FEUILLET (C.), COLLIN (M.), THIEBAUX (R.)
Epilepsie et lobotomie préfrontale.
Arch.Internat. de Neurol. 70°année - n°4 - p.62

LXII FEUILLET (C.), MIDON (J.), THIEBAUX (R.), GERARDIN (J.R.)
Résultats thérapeutiques d'une série de 200 lobotomies préfrontales à plus d'un an de l'intervention.
Congrès de LUXEMBOURG - 1952 -

LXII bis FOLLIN (S.)
La Psychochirurgie à son déclin
La Raison n°5 - Décembre 1952 -

FREEMAN et WATTS
LXIII Psychosurgery - 1942 -

LXIV Retrograde degeneration of the Thalamus.
J.of Comp.Neurol. 86 - 1947

LXV Prefrontal lobotomy - Indications and results in schizophrenia.
Am.J.of Surgery - 75 pp.227 - 230.

LXVI Psychochirurgie dans le traitement des maladies mentales et de la douleur irréductible.
- Springfield -1950 -

FREEMAN

LXVII Lobotomie et épilepsie : une étude de 1.000 malades
Neurology - 1953 - p.479

Leucotomie transorbitaire
The Lancet - 1948

LXVIII Plane of section in leucotomy in relation to social adjustement. A Follow up study of 100 cases.
1er.Congrès International de Psychiatrie - PARIS 1950

LXIX Lobotomie frontale de 1936 à 1956 - Etude de 3.000 malades suivis pendant une à vingt années.
Am.J.of Psych. - T.II3 - Avril 1957 - p.877 et suivantes

LXX FRIEDMAN, MOORE, RANGER et RUSSMAN
A progress study of lobotomized and control patients.
Am.J.of Psych. I08 - I p.I0-I8

LXXI FROMENTY (A.)
Réflexions sur cent cas personnels de lobotomie préfrontale.
Congrès de NICE - I955

LXXII Les rémissions dans la schizophrénie. Statistiques sur leurs fréquences et leur durée avant l'insulinothérapie.
Encéphale - 1937 - I - p.275.

LXXIII GACHES (J.) et LE BEAU (J.)
Résultats et séquelles de la chirurgie frontale sélective. Etude de 50 cas suivis depuis plus de cinq ans .
A.M.P. I956 - I - p.369.

LXXIII bis GALIEN
Commentaire des Epidémies.
I - T.50.

LXXIV GUILLY (P.)
Indications et limites actuelles de la Lobotomie.
Revue du Praticien - 1953 - n°12 - p.819.

LXXV HELD (R.)
Psychotherapie ambulatoire des schizophrénies après une cure de Sakel ou Neuroleptique.
Semaine des Hôpitaux - Paris - 1959 n°40 -4I.

LXXVI HOUSER (M.)
Contribution à l'étude des syndromes psycho-anémiques .
Th.LYON 1957.

LXXVII HUTTON
Personality changes after leucotomy
J.Ment. S. 94-p.31

LXXVIII JANET (P.)
Les médications psychologiques -
Alcan 1929.

LXXIX JUNG (C.G.)
Psychologische Typen.
1921 - ZURICH.

LXXX KALINOWSKY
Principles gouverning the selection of cases for psychosurgery.
Excerpta medica - Février 1952.-

LXXXI KALINOWSKY et HOEH
Traitements de choc, Psychochirurgie et autres traitements somatiques en Psychiatrie.
1952.

LXXXII KALINOWSKY et SCARFF
The selection of Psychiatric Cases for prefrontal Lobotomy
Am.Journal of Psych. Août 1948.

LXXXIII KLEIN et coll.
Resultats statistiques de 92 cas de leucotomies préfrontales.
Congrès de LUXEMBOURG - 1952 -

LXXXIV KRAEPELIN
Introduction à la Psychiatrie clinique - 1907 -
Cent ans de Psychiatrie - 1918 -

LXXXV LA BOUCARIE (J.), BARRES (P.) et Melle.ANDRE (J.)
Résultats thérapeutiques différés et résultats entretenus après la lobotomie -
A.M.P. 1954 - I - p.574.

LXXXVI LA BOUCARIE (J.), BARRES (P.) et Melle.ANDRE (J.)
Curabilité des Psychoses délirantes systématisées.
Evol. Psych. 1957 - n°2 p.317.

LXXXVII LANGFELDT
Die Prognose der Schizophrenie.
II°Congrès de Psych. ZURICH 1957.

LXXXVIII LAUXEROIS (G.)
Essai de géographie psychiatrique dans l'agglomération lyonnaise.
Th.LYON 1958.

LXXXIX LE BEAU (J.)
Les opérations frontales sélectives en Psychochirurgie.
Rev.Neurol. 1953 - n°6 p.413.

XC Psychochirurgie et fonctions mentales -un vol. 430 p.-
1954 - Masson Edit.

XCI LE GUILLANT (L.) et MONNEROT (E.)
La place de la Psychochirurgie dans la thérapeutique moderne.
La Raison n°5 - Décembre 1952 - p.11 à 37.

XCII LE GUILLANT (L.)
Introduction à une psychopathologie sociale.
Evolution Psychiatrique - Janvier-Mars 1954 -p.I

XCIII Bilan de 100 cures neuroleptiques dans des psychoses chroniques.
A.M.P. 23 Avril 1956.

XCIV LE GUILLANT (L.), SIVADON (P.), PARIENTE (M.)
Le reclassement professionnel des malades sortis des Hôpitaux Psychiatriques.
Information Psychiatrique - Mars 1957 - p.131.

XCV LEURET
Du traitement moral de la Folie - 1840 -

XCVI LEY (J.)
La tentation Psychochirurgicale -
Acta Neurol. et Psych. 1954 - p.317.

XCVII LHERMITTE (J.)
Techniques, indications et effets des interventions sanglantes contre les affections mentales.
Bulletin de la Soc.de Médecine de Paris - Séance du 28 Avril 1955.-

XCVIII MASSOT (J.L.), HAMEL (M.), DELIRY (J.), Melle.GUILLET (N.)
Résultats de la lobotomie dans 13 cas de dépression survenues à l'âge moyen chez la femme.
Communication à la Société de Neuro-Psychiatrie de la Région lyonnaise 14 Novembre 1954.

XCIX Le devenir de 120 lobotomisés -
Journal de Médecine de Lyon - 1955 - n°859 - p.745.

C MENGER (P.)
De quelques manifestations mentales tardives après psychochirurgie - syndrome post-lobotomique -
A.M.P. 1953 - II - p.681.

CI MEYER (A.)
Leçons anatomiques au sujet de la leucotomie préfrontale.
1er.Congrès Intern. de Psych. - PARIS 1950.

CII MEYER (A.)et BECK (E.)
Leucotomie préfrontale et opérations similaires.
Aspects anatomiques des succès et des échecs.
Oliver et Boyd edit. Londres 1954

CIII MIRIBEL (J.)
Contribution à l'étude de la lobotomie préfrontale.
Résultats et Interprétations.
Th.LYON 1952.

CIV MOOR (L.)
Psychochirurgie et fonctions intellectuelles.
Th.PARIS 1952.

CV NAYRAC (P.) et coll.
Notre expérience de la Psychochirurgie.
Revue.Neur. 1953 - n°4 - p.293. -

CXVI SARGANT (W.)
Leucotomy in psychosomatic disorders.
The Lancet - 1951 - 312 (87-91)

CXVII
Dix années d'expériences cliniques de méthodes modifiées de lobotomie.
British Medical Journal 1953 - p.800

CXVIII SIMON (M.)
Contribution à l'étude des résultats éloignés de la leucotomie préfrontale en Psychiatrie.
Th.LYON 1960.

CXIX SIMON (Mme.S.)
La Mère de Schizophrène
Th.LYON 1958

SINGER (L.)
CXX Le sort du délire après la topectomie et la lobotomie.
Cahiers Psychiatriques 1950 - p.69.

CXXI
La Psychochirurgie des Psychoses et des Névroses.
Th.STRASBOURG 1951

CXXII SIVADON (P.), FOLLIN (S.), CORRE (A.) et BERTHIER (R.)
Résultats de l'expérience psychochirurgicale d'un service psychiatrique.
A.M.P. 1952 - T.I p.458.

CXXIII TOOTH.
Aspects statistiques sur les effets de la Leucotomie dans les Hôpitaux Psychiatriques d'Angleterre et du Pays de Galles.
IIºCongrès International de Psychiatrie -ZURICH 1957.

CXXIV TUBERY (P.)
La réadaptation fonctionnelle des lobotomisés .
Th.TOULOUSE 1956.

CXXV VERMOREL (Mme.M.)
La Cure de Sakel classique ou associée à la Chlorpromazine dans la schizophrénie.
Th.LYON 1958

CVI PASCAL (Melle.C.)
Chagrins d'Amour et Psychoses
Doin édit. 1935 - 1 Vol. 164 p.

CVII PETRIE (A.) et LE BEAU (J.)
Les effets de la Chlorpromazine sur la Personnalité ; comparaison avec les interventions sur le cerveau.
Colloque International sur la Chlorpromazine. PARIS 1955 - p.687.

CVIII LICHET (A.)
Expérience de la lobotomie cérébrale en 1955
Presse Médicale - 20 Juin 1956. -

CIX POLONIO (P.)
Réponse au rapport du Docteur TOOTH.
IIºCongrès International de Psychiatrie - ZURICH 1957.

CX La Leucotomie dans la schizophrénie.
Acta Neuropsych. Argentina - Vol.4 - nº4 - 1958 - p.367.

CXI REN AUD (J.), QUARTI (C.) et KLEIN (R.)
La leucotomie transorbitaire : ses indications et ses résultats .
Congrès de TOURS - 1959 -

CXII REQUET (A.) et PERRIN (J.)
La thérapeutique psychiatrique a-t-elle un fondement physiologique?
J.M.L. 20 Avril 1955 - p.319.

CXIII REVOL (L.) et coll.
La thérapeutique par la Chlorpromazine - 1956 -

CXIV RISER (M.), LABOUCARIE (J.) et BARRES (P.)
Résultats éloignés de la lobotomie
A.M.P. 1952 - I - p.467.

CXV Résultats de la lobotomie dans les psychoses délirantes d'après 36 observations
A.M.P. 1953 - I - p.369 -

CXXVI WALTER (R.), YEAGER (C.L.), MARGOLIS (L.M.), SIMON (A.)
Les modifications E.E.G. dans la Lobotomie unilatérale et bilatérale.
Am.J.Psychiat. Vol.3 - N°8 . - Février 1955 - p.591.

CXXVII WERTHEIMER :
La lobotomie préfrontale - Essai de psychochirurgie
A.M.P. I948 - I - p.529.

CXXVIII Neurochirurgie fonctionnelle -
I Vol. de 180 p. - Masson et Cie. Edit. I956

CXXIX WERTHEIMER et ANGEL
Réflexions sur la lobotomie
Semaine des Hôpitaux - Paris 25°année - n°85- XL- I949-p.3537 à3541

CXXX Considérations sur la guérison de la schizophrénie par la Lobotomie.
Congrès de BESANCON I950.

CXXXI Réflexions sur la signification de la lobotomie.
A.M.P. I951 - I - p.537 - 552

CXXXII Réflexions sur la chirurgie centrale de la douleur.
Rev.Neurol.I953 - T.88 - N°6 - p.530-535

CXXXIII WERTHEIMER , REQUET et ANGEL.
Une guérison par lobotomie.
Journal de Médecine de Lyon - 722 - p.IOI à II0

CXXXIV YGER (J.C.)
Contribution à l'étude des améliorations tardives des lobotomies
Th.PARIS I954

(Cette bibliographie, extrêmement succinte, ne comprend que les ouvrages que nous avons consultés. On trouvera des bibliographies plus complètes dans les ouvrages suivants :

- Feuillet : Rapport de thérapeutique du Congrès de BESANCON I950, réf : 60 .

  Collin . Th.NANCY I948 - Réf. : 36.

  Médecine et Hygiène - Numéros des 1er.et 15 Février et 1er Mars 1952

WERTHEIMER (P.)

CXXXV Neurochirurgie fonctionnelle -1956 - Réf.n°128

Revue de Neurologie - 1953 - 88 - n°6

La Raison n°5 - Décembre 1952

et surtout dans

l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie - T.III 37830

A_{10} et A_{20} : Psychochirurgie par Talairach (J.), Constans (J.) et Sauguet (Mme.J.)

C_{10} : Résultats cliniques et Indications opératoires par Talairach (J.), Constans (J.) et Sauguet (Mme.J.)

E_{10} : Rééducation par G.DAUMEZON

Modification de la personnalité par TALAIRACH, CONSTANS et SAUGUET

Etude Psychologique par Melle.L.MOOR.

G_{10} : Modification de l'activité électrique cérébrale par Mme.Z.HELMAN et Mme.G.C.LAIRY-BOUNES

I_{10} : Modifications Biologiques par TALAIRACH et coll.

Hypothèses sur le mode d'action de la Psychochirurgie.

Justification scientifique et morale par Talairach et coll.